Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 44.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 2 września 1882. **№ 35.** Rok XXI.

I. O wycinaniu odźwiernika.

Wykład kliniczny.
Podał Dr. Rydygier.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 34).

Wyniki naszych eksperymentów potwierdza już teraz doświadczenie, nabyte w dotychczas operowanych przypadkach. Wycięto dotychczas 10 razy mniejsze lub większe części trzustki razem z odźwiernikiem i zauważano: 1) W żadnym przypadku nie znaleziono przy obdukcyi znaczniejszego obrzmienia, ani żadnego ropnia w pozostałych częściach. 2) Przypadki dotychczas operowane wcale nie potwierdzają obawy, jakoby wypływający sok trzustki miał wpływ szkodliwy na nowo tworzącą się bliznę. Tam gdzie przy obdukcyi znaleziono niedostateczność szwu, jak np. w przypadku Lückego i Hahna, inne przyczyny podług samych autorów obwiniać należy. 3) Zatamowanie krwi było znacznie utrudnione, jak autorowie z naciskiem podnoszą; ostatecznie atoli zawsze się udało. 4) Przeważna część przypadków wycięcia odźwiernika z równoczesném wycięciem kawałka trzustki tak prędko po operacyi kończyła się śmiercią, że zapalenie otrzewny nie miało czasu powstać. Mimo to znajdujemy dwa przypadki (Nr. 12 i 16), w których zapalenie otrzewny podano jako przyczynę śmierci obok osłabienia serca. Zważywszy, że w reszcie przypadków wycięcia odźwiernika nigdy nie występowało zapalenie otrzewny niewywołane osobliwszemi pobocznemi przyczynami; zważywszy daléj, że z 10 tych przypadków, tylko mała liczba operowanych tak długo żyła, żeby się zapalenie otrzewny wytworzyć mogło, a uwzględniając jeszcze obok tego wyniki doświadczeń naszych na psach; musimy uwzględnić niebezpieczeństwo zapalenia otrzewny w skutek szybkiego gnicia cząstek obumarłych trzustki, o jakiem Ledderhose wspomina.

Na jedno jeszcze niebezpieczeństwo dotychczas należycie nie uwzględnione zwracam uwagę: trudno jest w raku odźwiernika zrośniętym z trzustką uskutecznić wycięcie na pewno w tkance zdrowéj. Powyższą obawę, teoretycznie już uzasadnioną, potwierdza dotychczasowe doświadczenie: w przypadku 5tym Billrotha i 12tym Lückego dokładne badanie pośmiertne wykazało zrakowaciałe miejsca w pozostawionych częściach trzustki.

Na podstawie doświadczenia nabytego z dotychczas operowanych przypadków i na podstawie wyników z moich badań na psach zająłbym więc takie stanowisko w kwestyi zrostu odźwiernika z trzustką teraz tak żywo dyskutowanéj:

a) Sok wypływający z naciętéj trzustki nie wywiera żadnego rozpuszczającego działania na nowo tworzącą się bliznę.

b) Nie wiadomo dotąd, ażali po wycięciu częściowém trzustki występują liczne ropnie i znaczne obrzmienie podobnie jak się to dzieje w gruczole przyusznym.

c) Mimo to uznaję zwiększone niebezpieczeństwo przy wycinaciu odźwiernika przez równoczesne wycięcie kawałka trzustki, a to z następujących przyczyn:

1. Krwotok jest w tych przypadkach znaczniejszy i trudniejszy do zatamowania. A zważywszy, że mamy do czynienia z chorymi, i tak znacznie już osłabionymi i niedokrewnymi, przyznać trzeba, że ta okoliczność znacznie powiększa niebezpieczeństwo operacyi.

2. Zapalenie posocznicze otrzewny łatwiéj przystąpić może w skutek większéj, głębiéj sięgającéj i nierówniejszéj rany, a prawdopodobnie jeszcze znacznie do tego przyczynia się wpływ swoisty i bardzo wielka skłonność do gnicia obumarłych cząstek trzustki.

3. Wycięcie raka w granicach zdrowéj tkanki nie jest na pewno możliwém.

Dla tych to przyczyn uważam razem z innymi zrost odźwiernika z trzustką w raku za przeciwwskazanie do operacyi; we wrzodzie żołądka utrudnia on tylko znacznie wykonanie operacyi i powiększa jéj niebez-

pieczeństwo. Operacyja atoli w ostatnim przypadku jest wykonalną z dobrym skutkiem, jak o tém nas poucza mój przypadek (Nr. 22). To też w tych przypadkach niebezpieczeństwo wskazane powyżéj na 3ciém miejscu wcale nie zachodzi; również znaczniejszy krwotok tu nie jest tyle niebezpieczny, jak w raku żołądka, bo chorzy ci zwykle nie są tak prędko wynędzniali i osłabieni, a nadto możemy ich stan ogólny naprawić przed operacyją przez użycie odpowiednich środków (pompki żołądkowéj i dyjety).

Jako 3cie wskazanie do wycięcia kawałka żołądka resp. odźwiernika uważam krwotok obfity z okrągłego wrzodu żołądka, nie dający się w inny sposób zatamować. Wprawdzie nie wykonano dotychczas, o ile mi wiadomo, ani razu jeszcze wycięcia z téj przyczyny; przyjmują atoli to moje polecenie i popierają je, mój nieodżałowany nauczyciel Hueter (*Grundriss der Chirurgie* II. tom, str. 315) i Czerny (*Kuh, Eine Pylorusresection* Langenbecka Arch., 27 tom, 4 zesz., str. 802).

Jedyny warunek jest w takich przypadkach, żeby chirurg szybko był na miejscu, co niestety rzadko tylko się zdarza. Tam gdzie znaleźliśmy wrzód na przedniéj ścianie żołądka, tam potrzebaby go tylko eliptycznie wyciąć i brzegi rany szwami połączyć. Zwykle atoli śmiertelne krwotoki nie pochodzą z tętnic ścian żołądkowych; częściéj zdarzają się po nadżarciu sąsiednich większych tętnic, jak np. tętnicy żołądko dwunastnicowéj i jéj gałęzi, a najczęściéj po nadżarciu gałęzi tętnicy śledzionowéj, zaopatrującéj trzustkę w krew i tętnicy trzustko-dwunastnicowéj. W takich przypadkach możnaby może zastosować zalecane przez Huetera (l. c.) podwiązanie tętnicy (*Umstechung*).

4. Na ostatniem miejscu zaliczam do wskazań wycięcia odźwiernika przedziurawienie (*perforatio*) ścian żołądka przez wrzód krągły: Szybkie otworzenie jamy brzusznéj, oczyszczenie jéj, wycięcie brzegów wrzodu i zeszycie więcéj podług mnie przydaćby się mogło mianowicie, gdzie chirurg szybko jest na miejscu, i odpowiedniejsze stanowi leczenie, niż to, którego dotychczas używano, a o którém Leube (l. c. str. 124) powiada: *Tritt im Verlauf des Magengeschwürs das schlimmste Ereigniss, die Perforation ein, so besteht die Therapie gewöhnlich nur in der Herbeiführung der Euthanasie.* Po przedziurawieniu ścian żołądka przez wrzód ogranicza się leczenie zwykle na przygotowaniu lekkiego skonu. (C. d. n.)

II. Z pracowni dla patologii doświadczalnéj Uniwersytetu Jagiellońskiego prof. Dra Adamkiewicza.

O zachowaniu się serca wśród dławienia i topienia.

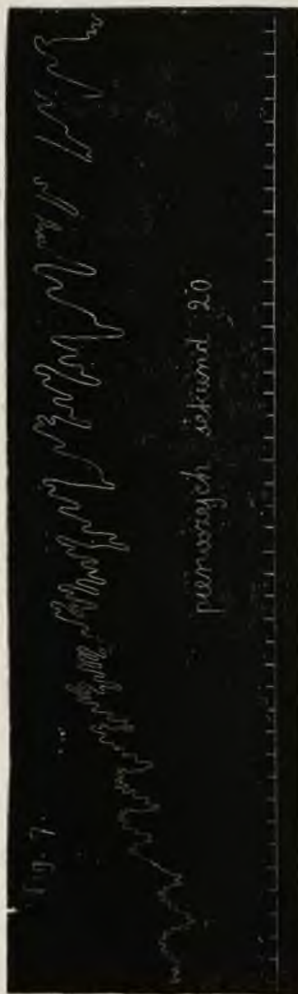
Napisał Dr. W. Pisek,

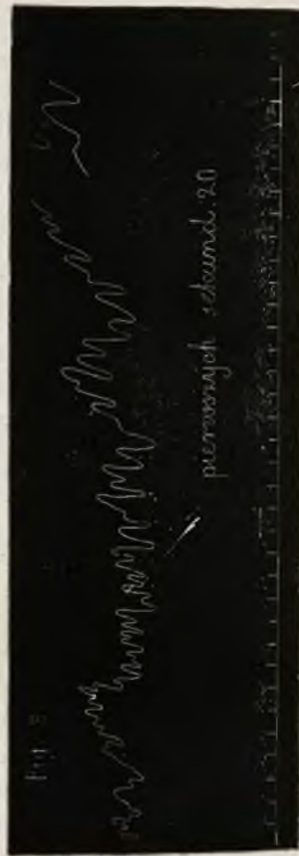
b. asystent katedry anatomii patolog. Uniw. Jagiell., obecnie lekarz szpitala powszechnego lwowskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 34).

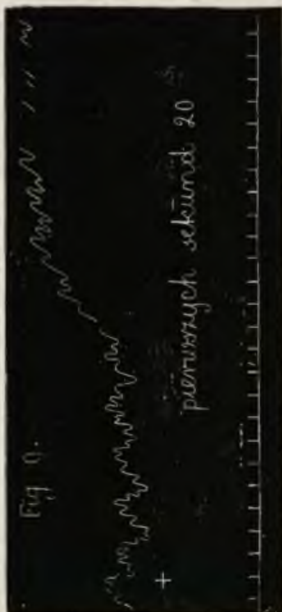
Poniżéj podajemy zmniejszone o połowę obrazy sfigmograficzne przy nagłém zamknięciu tchawicy. Na pozór tylko przedstawiają one większe różnice. Celem dokładniejszego rozgatunkowania zestawiamy większą liczbę typowych obrazów odpowiadających pierwszemu okresowi duszenia t. j. pierwszym dwudziestu lub 25-minutom po całkowitém zaciśnięciu tchawicy. Z osobna znów zastanowimy się nad zachowaniem się parcia w drugiéj połowie aktu dławienia, granicę stanowi maximum parcia, względnie początek opadania takowego, każdy z tych obrazów reprezentuje kilka wypadków. Wszystkie dadzą się ułożyć w grupy następujące:

Grupa I.





W grupie pierwszéj uderza nas przedewszystkiém dość rychłe, nagłe wzniesienie się linii krzywéj, parcie krwi oznaczającéj, wzniesienie się jest najznaczniejsze w porównaniu z tém, jakie okazują krzywe grupy następnéj. W téj bowiem widać przed częścią linii krzywéj, odpowiadającéj największemu wzniesieniu, odcinek miernie wzniesiony, stanowiący niejako powolne przejście do maximum.



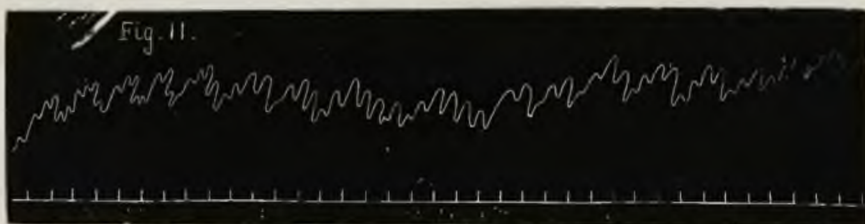


Ostatni obraz reprezentujący grupę trzecią różni się tém od obu poprzednich grup, że podczas gdy tam, tuż po zamknięciu tchawicy, istniała chwila, w któréj natychmiastowéj znacznéj reakcyi parcia krwi nie było, to w tym obrazku linija krzywa tuż po odcięciu powietrza od razu, i to znacznie wznosi i przez kilkanaście początkowych sekund na téj wysokości niezmiennie się utrzymuje.



Uzmysławiając szczegóły powyższe szematycznie możemy przedstawić poszczególne grupy w sposób przedstawiony na fig. Nr. 16, gdzie + oznacza chwilę zamknięcia tchawicy, a linija NN. normalny poziom ciśnienia prawidłowego.

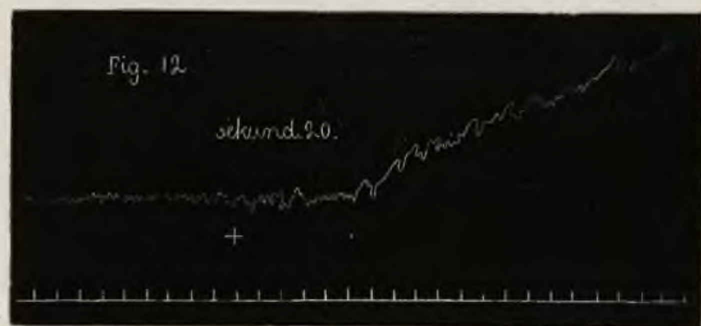
Z porównania obrazów sfigmograficznych przychodzimy do następujących wniosków:



1) Krzywa oznaczająca parcie krwi wznosi się bardzo znacznie w pierwszéj połowie aktu dławienia.

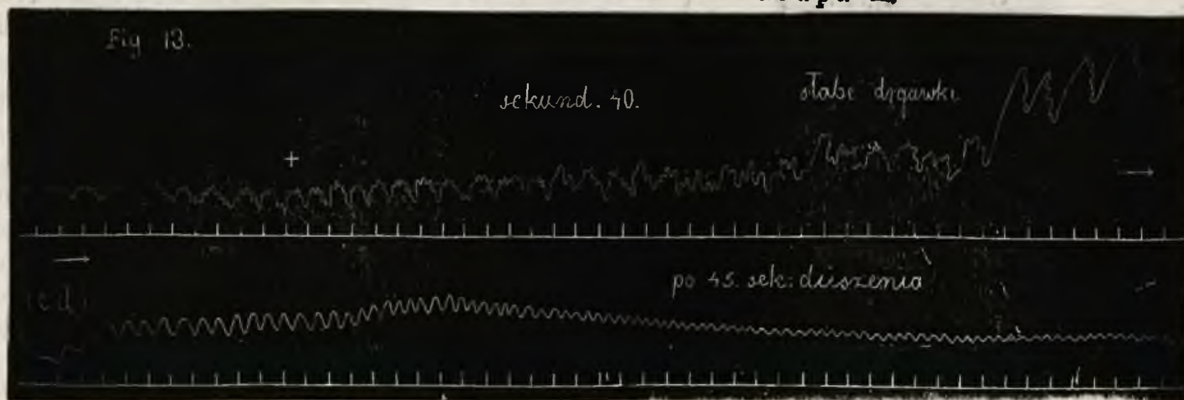
2) Jéj wysokość miejscami dochodząca do 20- i 30-krotnéj prawidłowéj jest we wszystkich trzech grupach mniéj więcéj równa.

Nadto pierwsze dwie grupy mają i ten szczegół wspólny, że i przy największém swém wzniesieniu okazują wahania oddechowe dość wybitne; tylko w trzeciéj grupie brak ich od początku.



Grupa II.

Przypatrując się dokładniéj jakości krzywych, w pierwszéj chwili bezpośrednio po zamknięciu tchawicy widzimy, że *a)* ilość krzywych oddechowych wzrasta, lecz po kilku sekundach powoli się zmniejsza i to właśnie wtedy, gdy wzniesienie się krzywéj parcia krwi zbliża się do swego maximum; *b)* szczyty drobniejsze zależne bezpośrednio od ilości skurczów serca z początku stają się częstsze, aby późniéj t. j. gdy parcie dochodzi do swego maximum, stać się rzadkiemi. Krzywizny zaś oddechowe, odpowiadające chwilom najwyższego parcia krwi, okazują tylko nader nieliczne szczyty „tętna“.



Wyrażając tedy słowami powyższe zmiany obrazów sfigmograficznych, możemy wypowiedzieć następujące twierdzenia, odnoszące się do pierwszéj połowy aktu dławienia:

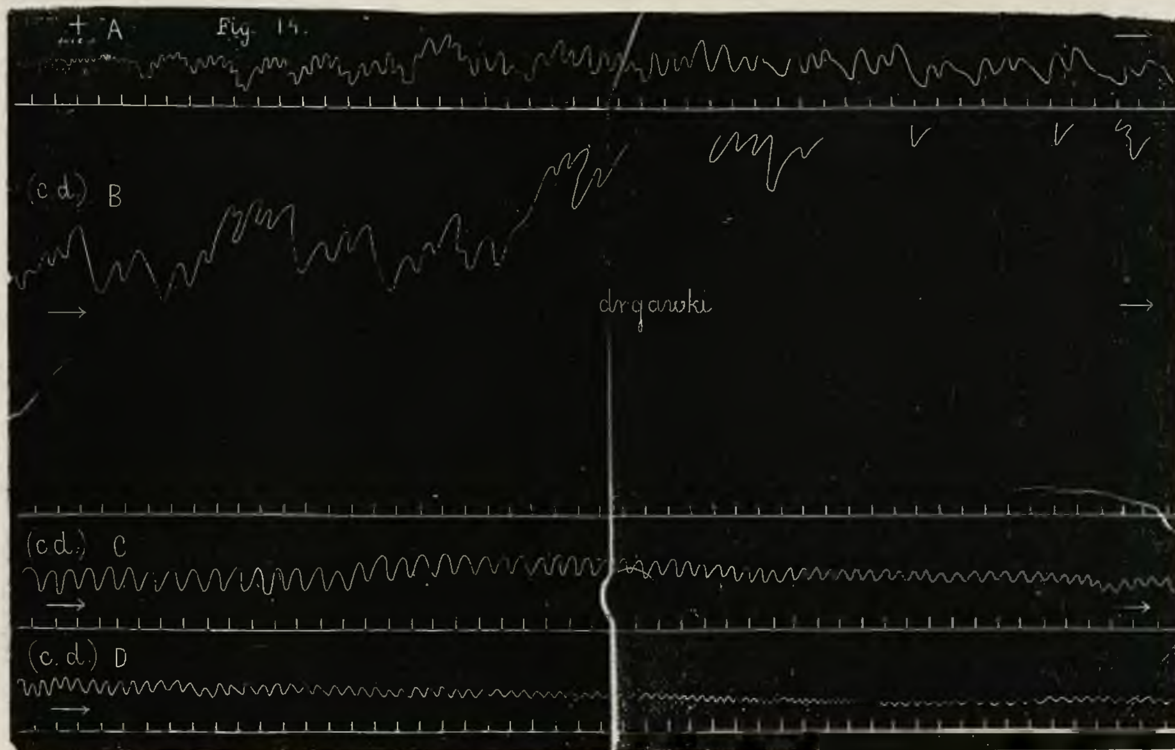
I. Nagłe, całkowite zniesienie przystępu powietrza do płuc przez zaciśnięcie tchawicy podwyższa parcie krwi mierzone w Carotis nader znacznie.

II. Parcie to dochodzi zawsze do 20- i 30-krotnéj ilości prawidłowego.

III. Czas, w którym parcie dosięga swéj wartości największéj odpowiada w jednych wypadkach kilku sekundom (nieraz i do 20); organizm nie zawsze zmienionem parciem krwi natychmiast reaguje, co się jednak w większości wypadków zazwyczaj dzieje.

IV. W wypadkach, gdzie parcie krwi natychmiast się znacznie zwiększa, akcyja serca jest szybszą.

V. W chwili jednak téj, gdzie parcie krwi dosięgło swego maximum i przez cały ciąg trwania takowego, akcyja serca jest powolniejszą.

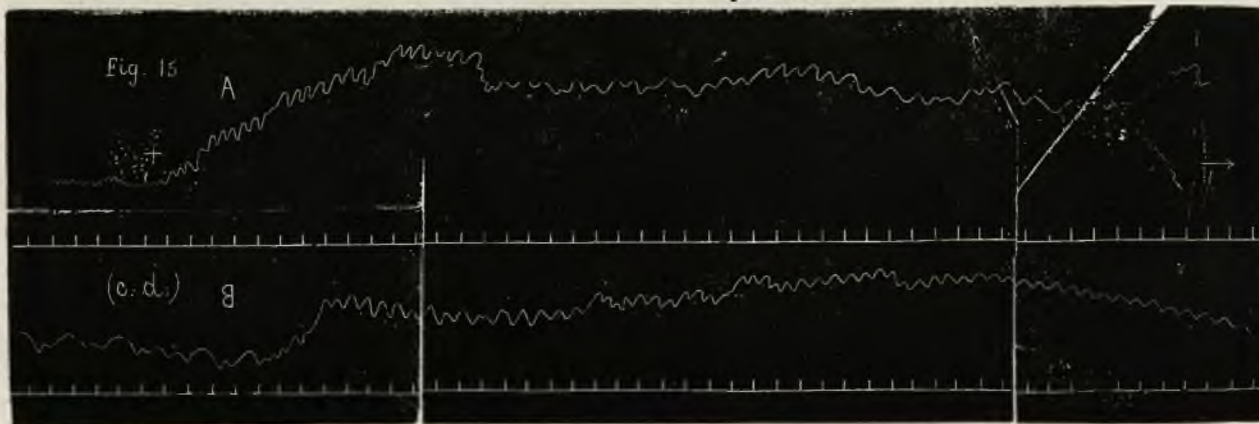


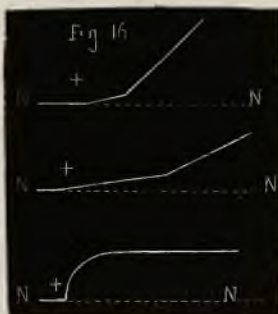
VI. Wysokość parcia skutkiem wystąpienia drgawek nieznacznych doznaje zmian.

Co do zachowania się parcia krwi w drugiéj połowie aktu dławienia, to zestawienie odnośnych obrazów sfigmograficznych również ciekawe daje wyniki. Przedtém jeszcze słów kilka o trwaniu maximum parcia krwi i o przejściu tegoż w okres końcowy.

Czas, wśród którego krzywa utrzymywała się w swém maximum, bywa nader różny. Wszędzie jednakowoż to można było zauważyć, że jeżeli wysokość wzniesienia się krzywéj była znaczną, to i czas trwania tegoż maximum był znacznym, wynosił bowiem i 20 sekund. Dodać również winniśmy, że niezależnie od tego czy maximum parcia pojawiało się tuż po zaciśnięciu tchawicy czy téż później nieco, zawsze: maximum parcia towarzyszyło głębokim wdechowym ruchom (ruchy oddechowe wrzekome), które jednakowoż trwały krócéj (o $^1/_3$ część czasu), niż owo maximum parcia. Jak łatwo bowiem rzut oka na obrazy sfigmograficzne pokazuje, wysokość parcia jest niezmienioną, a krzywizn oddechowych nie widać.

Grupa III.





Grupa I.

Grupa II.

Grupa III.

Tak też właśnie przedstawia się okres przejściowy, gdzie wdechowe ruchy ustawały. Pojawienie się maximum parcia krwi, towarzyszącego przy zamkniętéj tchawicy głębokim ruchom wdechowym, należy uważać jako punkt graniczny, dzielący cały akt dławienia na dwie połowy, na dwa okresy. Przejście odbywało się nie jednostajnie, parcie krwi albo raptownie spada lub téż tylko powoli się zmniejsza.

Z natury rzeczy tedy wynika, że obrazy sfigmograficzne, temu drugiemu okresowi odpowiadające, przedstawiać nam będą obraz parcia krwi przy braku w ogóle ruchów oddechowych, gdzie zatém jeszcze tylko czynność serca jest właściwie objawem istniejącego zwierzęcia. (C. d. n.)

III. Sposób dokładnego oznaczania ilości treści płynnéj w żołądku ludzkim w celach klinicznych i fizyjologicznych.

Podał Dr. Walery Jaworski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 34.)

c. Doświadczenia z zastosowaniem wzorów:

$$x = \frac{p_2 M}{p_1 - p_2} \text{ lub } x = 100 \frac{p_2}{p_1 - p_2}$$

Doświadczenie 5. W pół godziny po wprowadzeniu 500Ccm. świeżo z drutu fortepianowego utworzonego roczczynu $FeCl_2$ o ciepłocie 40°C. do żołądka, zdołano wyciągnąć 510Ccm. płynu, który przesączono i w 100Ccm. przesączu znaleziono w ten sam sposób, jak przy doświadczeniu 4ém 0,0488 $Fe_2O_3 = p_1$. W celu oznaczenia ilości pozostałego płynu w żołądku wprowadzono przez sondę 100Ccm. wody przekropłonéj, w zwyczajny sposób wymięszano, poczém zdołano wyciągnąć 124Ccm. płynu odpowiadającego 0,0171% $Fe_2O_3 = p_2$ (90Ccm. przesączonéj cieczy dały 0,0154 Fe_2O_3).

Ztąd oblicza się:

$$x = 100 \frac{0{,}0171}{0{,}0488 - 0{,}0171} = 53{,}9 \text{ Ccm.}$$

niewyciągniętéj cieczy ze żołądka, zatém całkowita ilość płynu żołądkowego podczas aspiracyi wynosi:

$$510 + 53{,}9 = 563{,}9 \text{Ccm.}$$

Doświadczenie 6. W godzinę po wypiciu 400

Ccm. rozczynu $MgCl_2$ zdołano wyciągnąć 118Ccm płynu odpowiadającego 0,4576% $Mg_2P_2O_7 = p_1$ (w 50Ccm. na połowę rozcieńczonego i przesączonego płynu żołądkowego znaleziono 0,1144 $Mg_2P_2O_7$). Po wprowadzeniu 100Ccm. wody przekroplonéj i wymięszaniu zdołano wyciągnąć 116 Ccm. cieczy odpowiadającéj 0,0832% $Mg_2P_2O_7 = p_2$ (gdyż w 25Ccm. na połowę rozcieńczonéj i przesączonéj cieczy znaleziono 0,0104 $Mg_2P_2O_7$).

Ztąd wypada ilość pozostałego płynu w żołądku

$$x = 100 \frac{0,0832}{0,4576 - 0,0832} = 22,2 \text{Ccm.}$$

a całkowita ilość płynu żołądkowego w czasie aspiracyi

$$118 + 22.2 = 130,2 \text{ Ccm.}$$

B. Doświadczenia o skombinowaném oznaczeniu i obliczeniu.

Aby mieć możność sprawdzenia otrzymanych wyników oznaczano z jednéj strony ilość chlorków w cieczy po pierwszy i wtóry raz wyciągniętéj, jakotéż zawartość odsetkową soli w tak wprowadzonym rozczynie wolnym od chloru jakotéż i w wyciągniętym płynie żołądkowym po wymięszaniu. Tym sposobem otrzymano podwójne oznaczenia, wynikające tak ze zmiany rozcieńczenia pierwotnego soku żołądkowego, jakotéż i ze zmiany rozcieńczenia we wprowadzonéj cieczy, a podstawiając wartości otrzymane we dwa różne wzory, powinno się otrzymać zgodne wyniki, jeżeli wymięszanie płynów w żołądku jest dokładne. A że to jest możliwém wykazują wypadki poniżéj przytoczonych doświadczeń. Sposób postępowania przy doświadczeniach był ten sam, co i pod A. używany; tylko w celu wymięszania płynów w żołądku nie wprowadzano bańki powietrza z flaszki, lecz za pomocą przerywanego wdmuchiwania i wypuszczania powietrza ustami przez 1—2 minut.

Doświadczenie 7. W pół godziny po wprowadzeniu 1293 cm. tlenu do żołądka zdołano w celu zbadania treści wydzielonéj wyciągnąć 31Ccm. płynu odpowiadającego 80%Ccm. dziesiętnonormalnego rozczynu $AgNO_3 = p_1$ (gdyż 10 Ccm. na 4 razy rozcieńczonéj i przesączonéj cieczy spotrzebowały 2·0 rozczynu srebrowego). Potém wprowadzono 100Ccm. rozczynu Na_2SO_4 wolnego od Cl, odpowiadającego 1·749$BaSO_4$=P (z 10Ccm. otrzymano 0·1749$BaSO_4$), wymięszano w sposób powyżéj wymieniony i wyciągnięto 107Ccm. cieczy ze żołądka odpowiadającéj 1·159%$BaSO_4 = p_2$ i 26%Ccm. rozczynu dziesiętnonormalnego $AgNO_3 = p_2$ (gdyż 20Ccm. płynu żołądkowego na połowę rozcieńczonego i przesączonego wydały 0·1159 $BaSO_4$ i w dwóch oznaczeniach po 10Ccm. znaleziono po 1·30 Ccm. rozczynu srebrowego. Ponieważ rozczyn siarkanu sodowego w tym przypadku należy uważać ze względu na Cl jako wodę przekroplona, to oblicza się ilość płynu w żołądku z powyższych danych dla Cl według wzoru: III. b.

$$x = 100 \frac{26}{80-26} = 49{\cdot}6 \text{Ccm.}$$

płynu ze żołądka niewyciągniętego, zaś z wartości otrzymanych dla rozczynu Na_2SO_4 wypada według wzoru II b.:

$$x = 100 \left(\frac{1{\cdot}749}{1{\cdot}159} - 1\right) = 50{\cdot}9 \text{Ccm.}$$

również jako ilość płynu ze żołądka niewyciągniętego.

Różnica obydwu oznaczeń wynosi:

$$50{\cdot}9 - 49{\cdot}6 = 1{\cdot}3 \text{Ccm.}$$

i obraca się jak dla doświadczenia fizyjologicznego w granicach przypuszczalnego błędu, tłumaczącego się po części trudnością ilościowego oznaczenia ciał w płynie zawierającym znaczną ilość ciał organicznych, a po części tém, że wymięszanie płynów z bezwzględną ścisłością w tak nieforemném naczyniu jakiém jest żołądek, nie zawsze tak łatwo nastąpić może; owszem przypuścić należy, że zgęszczenie wlanego rozczynu Na_2SO_4 w pobliżu sondy będzie nieco większe niż w oddaleniu, podczas gdy przeciwnie zgęszczenie co do chlorków zawartych w treści żołądkowéj najmniejsze będzie przy sondzie, a największe przy ścianach żołądka. Ztąd też ze stopnia rozcieńczenia otrzymane obliczenia będą w jednym przypadku za nizkie, a w drugim za wysokie. Jednak ze względu na tę okoliczność, że o ile rozcieńczenie jednego rozczynu wypadnie za małe, o tyle (w przybliżeniu tylko) rozcieńczenie drugiego płynu będzie za wielkie, przyjąć należy za najwięcej do rzeczywistości zbliżoną wartość z obydwu otrzymanych wypadków ich średnią arytmetyczną:

$$\frac{49{\cdot}6 + 50{\cdot}9}{2} = 50{\cdot}2 \text{Ccm.}$$

Ztąd całkowita ilość płynu w żołądku wynosi:

$$31 + 50{\cdot}2 = 81{\cdot}2 \text{Ccm.}$$

Doświadczenie 8. W pół godziny po wprowadzeniu 1320Ccm. ozonu do żołądka czczego zdołano wyciągnąć sondą 24Ccm. płynu, którego 100Ccm. odpowiadały 82·0Ccm. dziesiętnonormalnego rozczynu $AgNO_3 = p_1$ (w dwóch oznaczeniach po 10Ccm. soku żołądkowego rozcieńczonego, cztery razy wodą przekroploną i przesączonego spotrzebowano 2·05 i 2·10Ccm. rozczynu srebrowego). Wprowadzono potém 100 Ccm. rozczynu $MgSO_4$ odpowiadającego 3·904 $BaSO_4$ = P (w 10 Ccm. rozczynu znaleziono 0·3094 $BaSO_4$) poczém zdołano wyciągnąć tylko 51Ccm. cieczy odpowiadającéj 54·5%Ccm. rozczynu srebrowego $= p_2$ i 1·2944%$BaSO_4 = p_2$ (dla dwóch oznaczeń po 10Ccm. cieczy żołądkowéj na połowę rozcieńczonéj i przesączonéj znaleziono 2·70 i 2·75Ccm. rozczynu srebrowego i w 25Ccm. tego samego przesączu 0·1618$BaSO_4$).

Ztąd wypada ilość płynu pozostałego w żołądku obliczona z wypotrzebowanéj ilości rozczynu srebrowego:

$$x = 100 \frac{54{\cdot}5}{82-54{\cdot}5} = 198{\cdot}2 \text{Ccm.}$$

a ze znalezionéj ilości $BaSO_4$:

$$x = 100 \left(\frac{3.904}{1{\cdot}2944} - 1\right) = 201 \text{Ccm.}$$

Błąd doświadczalny wynosi:

201. — 198.2 = 2·8Ccm. czyli 1·4%.

Zbliżona wartość:

$$\frac{201 + 198{\cdot}2}{2} = 199{\cdot}1 \text{Ccm.}$$

Ztąd całkowita zawartość płynu po wprowadzeniu Oz. do żołądka:

$$24 + 199{\cdot}1 = 223{\cdot}9 \text{Ccm.}$$

Doświadczenie 9. W celu oznaczenia ilości płynu w czczym żołądku rano zdołano wyciągnąć 40Ccm. płynu odpowiadającego 14·0%$= p_1$ rozczynu dziesiętnonormalnego ługu sodowego (15Ccm. w trójnasób rozcieńczonego i przesączonego soku żołądkowego wypotrzebowały 0·7Ccm. ługu). Po wprowadzeniu kwaśnego rozczynu Na_2SO_4 odpowiadającego 1·750%$BaSO_4$=P i 1·75Ccm.% dziesiętnonormalnego ługu sodowego = P (dwa oznaczenia po 10Ccm. rozczynu dały 0·1764 i 0·1749$BaSO_4$ i 0·175Ccm. ługu), zdołano wyciągnąć 91Ccm. cieczy wykazującéj 0·140%$BaSO_4 = p_2$ i 4·0% Ccm. dziesiętnonormalnego ługu sodowego $= p_2$ (w dwóch oznaczeniach po 20Ccm. na połowę rozcieńczonego i przesą-

czonego płynu otrzymano 0·1414 i 0·1394 $BaSO_4$ jakotéż po 0·4 Ccm. ługu).

Ze znalezionych dla $BaSO_4$ wartości oblicza się według wzoru II. b.:

$$x = 100 \left(\frac{1·75}{1·40} - 1\right) = 25\,Ccm.$$

a z kwasoty czyli wypotrzebowanego ługu sodowego według wzoru I. b.:

$$x = 100 \frac{1·75 - 4}{4·0 - 14} = 22·5\,Ccm.$$

Ztąd średnia ilość płynu ze żołądka niewyciągniętego:

$$\frac{25 + 22·5}{2} = 23·7\,Ccm.$$

a całkowita ilość płynu w żołądku czczym wynosi:

$$23·7 + 40 = 63·7\,Ccm.$$

Doświadczenie 10. W ćwierć godziny po wypiciu 500 Ccm. wody flaszkowéj karlsbadzkiéj ze źródła Mühlbrunn o ciepłocie 50°C. zdołano wyciągnąć 80 Ccm. płynu wydającego 0·311% $BaSO_4 = p_1$ (dwa oznaczenia po 20 Ccm. na połowę rozcieńczonego i przesączonego płynu dały 0·0309 i 0·0314 $BaSO_4$). Po wprowadzeniu 200 Ccm. rozczynu świeżo utworzonego $FeCl_2$ odpowiadającego 0·690 Fe_2O_3=P (dla 10 Ccm. rozczynu znaleziono 0·0345 Fe_2O_3), wyciągnięto 234 Ccm. cieczy odpowiadającéj 0·2728% $Fe_2O_3 = p_2$ i 0·0620% $BaSO_4 = p_2$ (gdyż 20 Ccm. przesączonéj cieczy wydały 0·0124 $BaSO_4$, a 50 Ccm. niesączonéj, tylko z $HCl + KClO_3$ kilkakrotnie wygotowanéj, z Na_2CO_3 odparowanéj i wyżarzonéj, w HCl rozpuszczonéj i za pomocą $NaC_2H_3O_2$ strąconéj cieczy dały 0·1364 Fe_2O_3).

Znalezione ilości dla $BaSO_4$ dają:

$$x = 200 \frac{0·062}{0·311 - 0·062} = 50\,Ccm.;$$

a wartości otrzymane dla Fe_2O_3 dają:

$$x = 100 \frac{0·6900}{0·2728} - 200 = 52\,Ccm.$$

Różnica oznaczeń: 52—50=2.

Przybliżona wartość: $\frac{50 + 52}{2} = 51$ Ccm.

Ztąd całkowita ilość płynu w żołądku w czasie aspiracyi:

$$80 + 51 = 131\,Ccm.$$

Doświadczenie 11. W ćwierć godziny po wypiciu 500 Ccm. wody flaszkowéj ze źródła Rakoczego w Kissindze o ciepłocie 10·5°C. wyciągnięto 220 Ccm. płynu odpowiadającego 96·0 Ccm. % dziesiętnonormalnego $AgNO_3 = p_1$ (w dwóch doświadczeniach po 10 Ccm. przesączonéj cieczy żołądkowéj zużyto po 9·6 Ccm. rozczynu srebrowego). Potém wprowadzono do żołądka 100 Ccm. rozczynu kw. fosforowego wolnego od Cl, odpowiadającego 1·282 $Mg_2P_2O_7$=P (20 Ccm. rozczynu H_3PO_4 wydały 0·2564 $Mg_2P_2O_7$), a następnie zdołano wyciągnąć 123 Ccm. płynu, dla którego otrzymano 0·912% $Mg_2P_2O_7 = p_2$ i 29·0 Ccm% rozczynu dziesiętnonormalnego $AgNO_3 = p_2$ (20 Ccm. przesączonéj cieczy wydały 0·1824 $Mg_2P_2O_7$ a w dwóch oznaczeniach po 10 Ccm. zobojętnionego przesączu znaleziono 2·90 rozczynu srebrowego).

Ze znalezionych wartości dla $Mg_2P_2O_7$ oblicza się:

$$x = 100 \left(\frac{1·320}{0·942} - 1\right) = 40·1;$$

a z wypotrzebowanéj ilości soli srebrowéj:

$$x = 100 \frac{29}{96 - 29} = 43·2;$$

Średnia wartość: $\frac{43·2 + 40·1}{2} = 41·7$;

jako ilość niewyciągniętego płynu w żołądku. Ztąd całkowita ilość płynu żołądkowego wynosi:

$$220 + 41·7 = 261.7\,Ccm.$$

C. Doświadczalne stwierdzenie prawdziwości i dokładności podanéj metody.

Aby mieć miarę o wielkości popełnionego błędu doświadczalnego przy zastósowaniu téj metody w obec najkorzystniejszych warunków a równocześnie stwierdzić doświadczalnie prawdziwość wyżéj wyprowadzonych wzorów, przedsięwzięto w dodatku szereg (może zbytecznych) doświadczeń, biorąc zamiast treści żołądkowéj, odmierzoną ilość wody przekroplonéj lub cieczy odmiareczkowanéj, a zamiast żołądka półlitrową kolbkę, pozostawiając resztę przyrządów i manipulacyję taką samą, jak w powyższych doświadczeniach. Jako cieczy służącéj do oznaczenia użyto miareczkowanego rozczynu soli kuchennéj, odpowiadającego dokładnie 124 Ccm.% dziesiętnonormalnego rozczynu $AgNO_3$=P.

Doświadczenia 12 i 13. 50 Ccm. rozczynu NaCl odpowiadającego 42 Ccm. % rozczynu dziesiętnonormalnego $AgNO_3 = p_1$ wlano przez sondę do kolbki; potem przez tę samą sondę wlano 100 Ccm. rozczynu NaCl odpowiadającego 124 Ccm. rozczynu srebrowego=P; sondę kilkakrotnie poruszono i wdmuchiwano przez minutę powietrze; poczém wciągnięto przyrządem aspiracyjnym ciecz z kolbki, która odpowiadała 96 Cm.% rozczynu srebrowego dziesiętnonormalnego $= p_2$ (10 Ccm. rozczynu zużyty 9·6 Ccm. rozczynu srebrowego.

Drugie doświadczenie z temi samemi płynami i w ten sam sposób przedsiębrane wydało również dla 10 Ccm. wyciągniętéj z kolbki cieczy 9·6 Ccm. rozczynu srebrowego.

Ztąd oblicza się według wzoru I. b.:

$$x = 100 \frac{124 - 96}{96 - 42} 50·9\,Ccm.$$

jako ilość płynu znajdującego się w kolbce, podczas gdy rzeczywiście znajdowało się 50 Ccm. Błąd więc doświadczalny wynosi 0·9 czyli 1·8%.

Doświadczenia 14 i 15. Do kolbki wlano 50 Ccm. wody przekroplonéj; przez sondę zwilżoną wodą przekroploną wlano 100 Ccm rozczynu NaCl zużywającego 124 Ccm. rozczynu dziesiętnonormalnego $AgNO_3$=P; wyciągnięto z kolbki ciecz odpowiadającą 82·5 Ccm.% tego samego rozczynu srebrowego $= p_2$. Drugie doświadczenie z temi samemi cieczami i w ten sam sposób przedsiębrane wykazało w cieczy aspirowanéj również 82·5% Ccm. rozczynu srebrowego.

Ztąd wypada według wzoru II. b.:

$$x = 100 \left(\frac{124}{82·5} - 1\right) = 50·3\,Ccm.$$

zamiast 50 Ccm., czyli 0·6% jako błąd doświadczalny.

Doświadczenia 16 i 17. Do kolbki przez zwilżoną sondę wprowadzono 100 Ccm. rozczynu NaCl odpowiadającego 124 Ccm. rozczynu dziesiętnonormalnego $AgNO_3 = p_1$. Potem tą samą sondą wlano 100 Ccm. wody przekroplonéj. Wyciągnięta ciecz z kolbki odpowiadała dokładnie 62 Ccm.% dziesiętnonormalnego $AgNO_3 = p_2$. Drugie doświadczenie w ten sam sposób i z temi samemi cieczami przedsiębrane wykazało i dla cieczy wyciągniętéj również 62 Ccm.% rozczynu srebrowego. Ztąd wypada według wzoru III. b.:

$$x = 100 \frac{62}{124 - 62} = 100·0\,Ccm.$$

zgodnie z rzeczywistością; błąd doświadczalny przy użyciu wzoru III. b. wynosi zatém 0%. (Dok. nast.)

IV. Oceny i sprawozdania.

A. Fournier: **De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique (Tabes specifique). Leçons cliniques professées à l'hôpital Saint Louis.** Paris. 1882. G. Masson, éditeur. W 8ce, str. 396.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 34).

II. ***Schodzenie ze schodów.***

Jednym z pierwszych przypadów rozpoczynającego się bezładu jest trudność schodzenia ze schodów dla tego, ponieważ wymaga dokładnéj koordynacyi mnóstwa ruchów prostych. Ażeby przypad ten obserwować należycie, powinien lekarz stanąć na dole i uważać na chorego schodzącego z góry po schodach. Jestto próba bardzo prosta, do swego celu nadzwyczaj odpowiednia i czuła, bo dotknięty nawet bardzo nieznacznym bezładem ruchowym łatwo się przy niéj zdradzi ze swém cierpieniem.

III. ***Znak przez zamknięcie oczu.***

Wiadomo, jak ważną rolę w koordynacyi ruchów gra wzrok u ludzi dotkniętych bezładem. Odjęcie zatém tego zmysłu pozbawia ruchy złożone kierownika a skutkiem tego okazuje się bezład. Każdy téż taki chory chwieje się na nogach w rozmaite strony, jeżeli każe mu się stanąć na nogach blisko siebie postawionych a oczy zamknąć. Oczywiście, że w pierwszych okresach bezładu chwianie się to na nogach jest nieznaczne i daje się nieraz dostrzegać dopiero po kilku minutach.

IV. ***Stanie na jednéj nodze.***

Lubo pozycyja ta z natury swéj nie pozwala na równowagę stałą, nie ma atoli wątpliwości, iż ludzie zdrowi z łatwością mogą ją przez czas jakiś utrzymać. Inaczéj rzecz się ma z dotkniętymi bezładem. Jeżeli im już trudno utrzymać równowagę na obydwóch nogach, to oczywiście tém łatwiéj i tém rychléj tracą ją i chwieją się stojąc na jednéj nodze. Jestto próba nader prosta, czuła i stanowcza.

V. ***Stanie na jednéj nodze z oczyma zamkniętemi.***

Jestto połączenie dwóch sposobów co właśnie podanych, próba bardzo czuła i prosto do celu prowadząca. F. opisuje dokładnie przypadek, w którym wszystkie próby poprzednie zawiodły, a dopiero stanie na jednéj nodze z oczyma zamkniętemi wykryło natychmiast bezład i to daleko większy, niż się tego z góry można było spodziewać.

VI. ***Zniesienie odruchów ścięgnistych*** mianowicie rzepkowych czyli tak zwany znak Westfalowski.

Przypad ten nie ma wprawdzie téj ważności patognomonicznéj, jaką mu z początku przypisywano, bo trafia się w innych chorobach układu nerwowego, jak ogólném porażeniu postępowém, uciśnieniu rdzenia pacierzowego, zapaleniu przedniéj istoty szaréj, rdzenia pacierzowego ostrém i przewlekłém, porażeniach obwodowych, niekiedy prawdopodobnie także u ludzi zupełnie zdrowych a nawet przytoczono przypadki wiądu pacierzowego, gdzie odruchy ścięgniste, o których mowa, były prawidłowe lub nawet podwyższone, to jednakowoż jest rzeczą pewną, że zniesienie lub zmniejszenie odruchów ścięgnistych rzepkowych jest przypadem bardzo pospolitym, prawie stałym w wiądzie pacierzowym, nawet w pierwszych jego okresach. Wybadać ten przypad najłatwiéj uderzając krawędzią ręki lub młotkiem perkusyjnym w odpowiednie ścięgno, gdy chory siedzi na podwyższeniu np. na stole a nogi ma wolno na dół spuszczone.

Przypady bezładu tłumaczą się nie z porażenia, jak to dawniéj mniemano, ale z braku regulatora, któryby kierował, miarkował skurcze mięśniów i prowadził je do zamierzonego celu. Że bezład przez kiłę wywołany nie może się niczém różnić od bezładu z innéj przyczyny powstałego, mówiliśmy już poprzednio.

Ataksyja w wiądzie pacierzowym nagabuje przedewszystkiém a w wielu razach nawet wyłącznie odnogi dolne, lubo znane są przypadki, gdzie ataksyja objawiała się głównie i to przez długi czas tylko w odnogach górnych, nim wystąpiła w dolnych; są to atoli wyjątki. Ataksyja z zasady postępuje powoli, ale ciągle i doprowadza nakoniec do tego stanu, iż mięśnie nie zdolne do żadnéj koordynacyi nie mogą wykonać razem żadnych ruchów złożonych, czego ostatecznym jest wypadkiem zupełne zniesienie ruchów dowolnych a tém samém stan zupełnie równoznaczny z porażeniem.

Okres bezładu w wiądzie pacierzowym kiłowym składa się z rozmaitych przypadków, które wszystkie grupują się koło bezładu. Ważniejsze z nich są:

1) Bóle już w ogólności poprzednio opisane. Pamiętać należy, iż nie u wszystkich chorych występują one jednakowo; gdy u jednych są lekkie i rzadkie, są u drugich częstsze i gwałtowniejsze a w innych przeważają nad wszystkiemi innemi objawami i stanowią prawdziwą torturę. Są chorzy, którzy z małemi przestankami cierpią na nie całe dziesiątki lat.

2) Utrata czucia przeważnie na odnogach dolnych i dolnéj połowie tułowia występuje w tym okresie zazwyczaj o wiele wybitniéj niż przedtém. Zmysł ciepłoty najrzedziéj i najmniéj i teraz ulega upośledzeniu. Nierzadką jest téż częściowa nadczułość.

3) Zboczenia w czynnościach organów moczopłciowych są cięższe i wybitniejsze niż dawniej i dochodzą pospolicie do zupełnéj niezdolności płciowéj, całkowitego zniesienia popędu płciowego, nieczułości i porażenia pęcherza moczowego, co zmusza do używania cewnika lub odbieralników na mocz.

4) Zboczenia w przewodzie pokarmowym prowadzą głównie do opóźnienia oddawania stolca a następnie do coraz większéj obstypacyi, która do takiego nieraz dochodzi stopnia, iż wypróżnienie kiszki odchodowéj nabiera dla chorych wagi i znaczenia nieledwie porodu. Nierzadko rozwolnienie stanowi odmianę w obstypacyi.

5) Zboczenia w odżywianiu części bezładem ruchowym nawiedzonych objawiają się suchością skóry, łuszczeniem się przyskórka, zgrubieniem jego naśladującém rybią skórę, wychudnieniem i zwiotczeniem mięśniów.

Wpływ choroby na stan ogólny w wielu przypadkach kach jest widoczny w postaci wycieńczenia całego ustroju, lubo nierzadkie są od tego wyjątki, gdzie zdrowy wyraz twarzy a nawet wesołe usposobienie w dziwny sposób odbijają na tle ciężkiéj choroby.

Mówiliśmy, że kiłowy wiąd pacierzowy odznacza się niezwykłą wielopostaciowością i że w pierwszym okresie przed bezładem nie ma prawie dwóch przypadków zupełnie jednakich. Otóż, lubo i w okresie bezładu panuje nadzwyczajna rozmaitość, to jednakowoż w ogólności wszystkie przypadki powoli stają się co raz bardziéj do siebie podobniejszemi, lubo i teraz bardzo wiele jest między niemi różnicy. Jeżeli te różnice są bardzo wybitne i ważne pod względem klinicznym, nadać mogą i nadają rzeczywiście rozmaitym odmianom cechę osobnych form a takich byłoby ze względów praktycznych pięć: amaurotyczna, żołądkowa, krtaniowa, stawowa, hemiataktyczna.

Forma amaurotyczna jest ważną z dwóch powodów: raz, że wiąd pacierzowy może się objawiać wyłącznie upośledzeniem wzroku a powtóre, ponieważ forma ta jest nader ciężką i nieuleczną. Wiąd pacierzowy kiłowy objawia się nieraz przez długie lata, zdaniem Fourniera nawet przez pięć lat, wyłącznie upośledzeniem wzroku. Twierdzą wprawdzie niektórzy, iż nieraz i dłużéj wiąd pacierzowy objawiał się tylko tym sposobem, bardzo łatwo wszakże można przypuścić, iż nie badano chorych tak dokładnie jak teraz a przeto nie wykrywano innych zboczeń chorobowych. Zresztą rozumie się samo przez się, iż zazwyczaj towarzyszą formie amaurotycznéj inne przypady, atoli nie tak ważne i wybitne jak upośledzenie wzroku.

Oczywistą jest rzeczą, iż takiéj amaurotycznéj formy wiądu pacierzowego kiłowego nieraz nie rozpoznawano właściwie z wielką dla chorych szkodą, ponieważ nie sądzono, by wiąd pacierzowy mógł się objawiać tak wyłącznym sposobem. Tego błędu teraz dopuszczać się nie wolno a posłużą do tego przepisy: 1) u każdego chorego, który skarży się na upośledzenie wzroku, badać dokładnie sposobami już poprzednio podanemi, czy nie ma u niego wiądu pacierzowego; 2) zbadać najdokładniéj zboczenia czynnościowe oka samego, ich cechy i rozwój a następnie zbadać przedmiotowo równie dokładnie tarczę nerwu wzrokowego.

Zmiany w nerwie wzrokowym odznaczają się według poszukiwań osobliwie Gałęzowskiego pod względem rozwoju tém 1) że zboczenia wzroku rozpoczynają się prawie zawsze na jedném oku a dopiero późniéj nagabują drugie oko i 2) że rozpoczynają się od bardzo nieznacznego upośledzenia a postępując powoli ale ciągle doprowadzają do zupełnéj utraty wzroku.

Do zmniejszenia bystrości wzroku przyłączają się utrudnienie rozpoznawania barw osobliwie czerwonéj i zielonéj, gdy żółtą i niebieską chorzy dobrze rozróżniają, tudzież dośrodkowe zwężenie pola widzenia z wykrawkami w formie wycinków koła.

Nadto wykazuje badanie przedmiotowe: 1) zwężenie źrenic bardzo często nierówne na obu oczach a nieraz nader znaczne, 2) odbarwienie tarczy nerwu wzrokowego, która jest bledszą niż zwykle, niebieskawą, ostro odgraniczoną i nie okazuje żadnéj zmiany w średnicy naczyń, czém się różni od zaniku zapalnego, gdzie tętnice są zwężone a żyły rozszerzone i pokręcone. Zdaniem niektórych oftalmologów a między nimi Gałęzowskiego taki obraz tarczy nerwu wzrokowego jest tak odrębny, że po nim samym można rozpoznać wiąd pacierzowy. W ten sposób można samym wziernikiem ocznym wykryć chorobę a nieraz także i jéj przyczynę a zastosowawszy właściwe leczenie przeciwkiłowe nie tylko ograniczyć zboczenie w zakresie wzroku, lecz zapobiedz zarazem wybuchowi innych przypadów ze strony układu nerwowego.

Forma stawowa jest bardzo rzadka. Polega ona na tém, że niektóre stawy, szczególniéj kolanowy i biodrowy a wraz z niemi odnogi obrzmiewają nagle skutkiem nagromadzenia się mazi stawowéj, które odbywa się bardzo prędko i na zimno bez żadnych objawów zapalnych i utrudnia ruchy jedynie mechanicznie. Nabrzmienie to stawów albo znika tak prędko jak powstało albo prowadzi do trwałych zboczeń anatomicznych stawów, przerostu nasad kostnych a częściéj jeszcze do zaniku końców stawowych kości, co wywołuje następnie nadwichnienia i zwichnienia zupełne mianowicie w stawie biodrowym.

Forma hemiataktyczna. Wiadomo, iż bezład nagabuje zazwyczaj obydwie połowy ciała symetrycznie. Trafiają się jednak od tego wyjątki, w których bezład i inne przypady wiądu pacierzowego występują przeważnie i to nieraz bardzo przeważnie tylko w jednéj połowie ciała i dopiero po niejakim czasie rozwijają się i w drugiéj połowie. Najrzadsze są przypadki, gdzie zboczenia w wiądzie pacierzowym rozwijają się prawie wyłącznie w jednéj połowie ciała i zasługują na miano prawdziwego bezładu połowiczego czyli hemiataksyi. Tak przytacza Fournier przypadek przez Bourdona postrzegany, w którym u kiłowego rozwinął się wiąd pacierzowy prawie wyłącznie po stronie lewéj i w którym leczenie swoiste usunęło po 40 dniach prawie zupełnie wszelkie objawy chorobowe.

Formy powikłane. Kiłowy wiąd pacierzowy łączy się nierzadko ze zboczeniami niezwykłemi dla niego, jako będącego wyrazem zmiany anatomicznéj w pewnych częściach rdzenia pacierzowego. Zboczenia te nader ważne pod względem praktycznym dadzą się odnieść bądź to do rdzenia pacierzowego bądź do mózgu.

Co do rdzenia pacierzowego nie ma wątpliwości, że kiłowy wiąd pacierzowy łączy się nierzadko z porażeniem poprzeczném jako przypadem rdzeniopacierzowym w ten sposób, że porażenie występuje przed objawami wiądu lub że jedno i drugie ukazują się równocześnie we wczesnym lub późnym okresie choroby. Tak samo zanik mięśniowy symetryczny może łączyć się z wiądem pacierzowym.

Przypady mózgowe w kiłowym wiądzie pacierzowym można podzielić na takie, które wiąd poprzedzają, i na takie, które występują już po ukazaniu się wiądu.

Według własnych spostrzeżeń autora do pierwszych należą zboczenia psychiczne w postaci zmiany w usposobieniu moralném, napady padaczkowate, apoplektyczne, porażenie połowicze, wrzekome porażenie ogólne u kiłowych z właściwemi zmianami anatomicznemi w oponach, istocie szaréj półkul i rozszerzeniem komor mózgowych. Do drugiego rodzaju liczymy te, które nieraz są zakończeniem wiądu pacierzowego jak afazyja i padaczka (w rzadkich przypadkach), porażenia połowicze poprzedzone atakami apoplektycznemi, zboczenia umysłowe w postaci bredzenia, obłędu ogłupienia i porażenia ogólnego. To ostatnie jest najpospolitszém zakończeniem kiłowego wiądu pacierzowego.

Z tego dwojakiego łączenia się zboczeń mózgowych z przypadami wiądu wypływają dwie ważne okoliczności: 1) są przypadki, gdzie objawy mozgowe równoważą się z rdzeniopacierzowemi a i 2) takie, gdzie objawy mózgowe przeważają nad rdzeniopacierzowemi a tém samém je zacierają, co dać powód może do grubych pomyłek ze strony lekarza.

To łączenie się objawów mózgowych z rdzeniopacierzowemi samo przez się nie dowodzi wprawdzie kiły z zupełną pewnością, przemawia atoli bardzo za nią a pochodzi ztąd, iż kiła dąży do rozsiewania po całym układzie nerwowym osobliwie mózgu i rdzeniu pacierzowym właściwych zmian anatomicznych. Na tém się opierając możemy rozróżnić kiłowy wiąd pacierzowy od niekiłowego tak samo, jak możemy rozróżnić nie z bezwzględną pewnością ale z bardzo wielkiém podobieństwem do prawdy porażenie połowicze kiłowe od takiegoż porażenia z innéj przyczyny. Obecność zatém objawów mózgowych w wiądzie pacierzowym powinna zawsze wzniecać podejrzenie o kiłę i skłaniać do jak najdokładniejszego badania w tym kierunku.

Wiąd pacierzowy kiłowy przebiega wprawdzie powoli, ale postępuje ciągle naprzód. Zazwyczaj można w nim wykazać dwa okresy, o których już mówiliśmy. Okres trzeci jest tylko zakończeniem przez wzmożenie się przypadów z poprzednich okresów. Wielu chorych zresztą do niego nie dochodzi ginąc przedtém, bądź to z chorób ostrych, bądź z gruźlicy, bądź też z powikłań wiądu mianowicie ze strony mózgu. Rzadko bardzo choroba zatrzymuje się na jakiś czas w swym biegu lub nawet nieco poprawia. Czy się to dzieje pod wpływem terapii, trudno teraz jeszcze rozstrzygnąć. Od zwyczajnego, powolnego przebiegu stanowią wyjątek formy nagłe, gdzie przypady wiądu rozwijają się w bardzo krótkim stosunkowo czasie, i formy z wczesnym bezładem lub poczynające się od bezładu. (C. d. n.)

Dr. Walford: **Zapobiegawcze leczenie płonicy i innych chorób zakaźnych.**

W Lancecie pomieszczono list Dra Walforda dotyczący ochrony przed chorobami zakaźnemi, głównie przed płonicą, a zasługujący na uwagę, podajemy go przeto w streszczeniu. Autor zwraca najpierw uwagę na to, że gdy ktoś z rodziny zapadnie na płonicę, najczęściéj najlepsze zarządzenia, do jakich się zwykle uciekamy, nie chronią innych osób, stosujemy je bowiem zwykle za późno, gdyż osoby te były już narażone na zakażenie, zanim odkryliśmy chorobę. Autor sądzi, że jest to upokarzającém dla sztuki lekarskiéj, gdy nieraz wśród epidemii na widok grona dzieci, stanowiącego pociechę rodziny, lekarz przewidywać musi, iż w ciągu dni kilku niejedno z tych dzieci ulegnie chorobie, która może się skończyć nawet dla wielu z nich śmiertelnie; w ciągu tego okresu wylęgania jesteśmy jednak bezsilni, niezdolni do usunięcia nieuniknionego nieszczęścia. Dochodzi nawet do tego, że ludność widząc bezskuteczność zarządzeń lekarskich, lekceważy je. W obec tego stanu rzeczy sądzi Dr. W., że w ciągu kilku lat ostatnich nabył przekonania, iż nie jesteśmy pozbawieni odpowiednich środków, jakby się zdawało. Prawie wątpić nie można, iż teoryja zarodków odnosi się tak do płonicy jak do innych chorób zakaźnych, i że prawdopodobnie wkrótce uda się odkryć *bacillus* lub *bacterium scarlatinae*, aczkolwiek, o ile wiadomo, nie czyniono dotąd w tym kierunku żadnych doświadczeń. W ciągu ostatnich dwu lub trzech lat usiłował autor listu powstrzymać rozwój zarodków, jaki się prawdopodobnie w okresie wylęgania we krwi odbywa. Mając na uwadze opis spostrzeżenia przed kilku laty ogłoszonego w Lancecie, iż nie podobna zaszczepić krowiankę ze skutkiem osobie leczonéj arszenikiem, a oraz jak długo ciało zastrzyknięte arszenikiem opiera się rozkładowi, i że tak samo zachowuje się ciało osób otrutych arszenikiem, wpadł Dr. W. na myśl, że prawdopodobnie zadając osobie narażonéj na zakażenie arszenik, można ciało jéj uczynić niesprzyjającém rozwojowi przyrzutu płonicowego. Znamy téż skuteczne zastosowanie arszeniku w przypadkach zimnicy i to także zdaje się popierać ten teoretyczny wywód. Stosując się do tego zapatrywania Dr. W., wezwany do chorego na płonicę, rozpoczął zaraz podawać arszenik wszystkim członkom rodziny, o których sądził, że mogą zapaść na płonicę. Profilaktyczny ten sposób leczenia nie jest wcale nowym, ale zwracano nań dotąd mało uwagi i nie robiono z nim doświadczeń. Wkrótce przekonał się Dr. W. o niejakim skutku, a chociaż trudno mu było dowieść, że *post hoc ergo propter hoc*, mimo to stosował ten sposób leczenia w bardzo wielu przypadkach, blizko w stu, podając wzmiankowany środek dzieciom narażonym na zakażenie z tym wynikiem, że tylko w 2 przypadkach pojawiła się płonica. W obu tych przypadkach krótki czas tylko przedtém podawano arszenik, a oba miały przebieg bardzo łagodny, jeden nawet tak był łagodnym, iż z trudnością przychodziło orzec, że dziecię jest rzeczywiście chore, cały czas było ono równie żywe i bawiło się. W niektórych z tych przypadków odosobnienie chorego nie było w zupełności przeprowadzoném. Dr. W. miał również sposobność stwierdzenia skuteczności wzmiankowanego środka na dwóch swych synkach, narażonych na zakażenie dyfteryją, która się pojawiła w zakładzie wychowawczym skutkiem przedostania się gazów kanałowych do sypialni. Chorobie uległo 5 chłopców, a z tych 2 zmarło. Gdy Dr. W. odebrał synów z zakładu, starszy skarżył się już na zajęcie krtani. Koło 6 dnia pojawiły się małe, lecz niedopuszczające wątpliwości plamy dyfterytycznéj błony rzekoméj w gardle, chociaż ciepłota nie wzniosła się nigdy ponad 39·9° C. a stan jego fizyczny i umysł zaledwo były zajęte, był przytém w stanie utrzymać się i nawet chodzić, a po 2 do 3 dniach był zupełnie zdrów.

Z tych spostrzeżeń Dr. W. wnosi z wszelką pewnością, że arszenik jest skutecznym w okresie wylęgania płonicy, a prawdopodobnie i dyfteryi, być téż może iż powiedzie się nam odwrócić za jego pośrednictwem obie choroby lub téż złagodzić je do tego stopnia, że nie będą nas obawą przejmować i pojawiać się jedynie w postaci nieznacznych cierpień. Dr. W. podawał zwykły rozczyn arszenikalny z początku 3 razy dziennie w dawkach jak można było, ze względu na wiek dzieci, największych, a następnie powoli zmniejszał dawki. Zwykle podawano razem 15 ziarn do $1/2$ drachmy kwasu siarkowego z niewielkim dodatkiem syrupu makowego. To tworzy przyjemną mięszaninę, dzieci zażywają ją bardzo chętnie, trzeba nawet rodziców przestrzegać przed zbyt częstém zadawaniem tego leku, który nie sprawia żadnych skutków. Według spostrzeżeń Dra W. wszelkie czynności odbywały się prawidłowo, choć zdaniem jego ma to drugorzędne znaczenie. Dr. Walford zachęca do stosowania tego profilaktycznego leczenia także i w innych chorobach zakaźnych, sądzi, że może nawet wścieklizna dałaby się usunąć, gdyby się nadarzyła sposobność leczenia jakimś podobnym jadogubnym środkiem osoby pogryzionéj przez dni 14. Więcéj światła w téj sprawie możnaby zyskać przez doświadczenia na zwierzętach. (*The Lancet 1882, I*, Nr. 20). *Dr. Grabowski.*

Wiadomosci pomniejsze.

(A. K.) **Nowy sposób leczenia przepukliny** podaje Dr. Finkelstein. Nie marnując wiele czasu na repozycyję, F. polewa uwięzniętą przepuklinę lotnikiem czystym (po 2 łyżki stoł.) co 15 minut, lub téż równe części lotnika i olejku lulekowego, jeśli chory skarży się na mocne palenie. W przerwach między polewaniami pokrywa on przepuklinę w kilkoro złożonymi kawałkami płótna. Po 4-razowych oblewaniach przepuklina sama reponuje się, lub téż ustępuje najlżejszym zachodom repozycyi. Na 54 przypadków, spostrzeganych przez autora w ciągu 11letniéj praktyki, tylko w 4 przypadkach ten sposób leczenia okazał się bezskutecznym. (*Berlin. klin. Wochenschr.* z 14 lipca).

(A. K.) Dr. Wiliam Goodell wyciął oba jajniki trzem kobietom, cierpiącym na umyśle i doradza kastrowanie wszystkich (bez względu na płeć) cierpiących umysłowo, ażeby usunąć dziedziczne usposobienie do pomięszania. Autor czyni tę propozycyję zupełnie na seryjo. (*Neurologisches Centralblatt* z 15 lipca).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie VI z d. 15 marca 1882.

Przewodniczący kol. Jordan. Członków obecnych 21.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmian przyjęto.

2) Prof. Browicz okazał dwa preparaty patolog. anatomiczne, z których jeden był nowotworem wychodzącym z śródpiersia, a przy badaniu przedstawił się jako *Lymphosarcoma*. Przypadek ten szczegółowiéj opisany zostanie przez prelegenta w Przegl. Lek.) Drugi preparat przedstawiał rzadkie zboczenie przewodu pokarmowego u noworodka. (Patrz: Zapiski kazuistyczne w Przegl. Lek.)

W dyskusyi nad tym ostatnim przedmiotem zabierali głos prof. Madurowicz i Korczyński, prosząc prelegenta o wyjaśnienie, czyby przedziurawienia jelita odchodowego nie można uważać jako następstwo zapalenia rozrostowego otrzewny, przebytego w czasie życia płodowego, a prof. Korczyński nadmienia, że możnaby rzecz w ten sposób tłumaczyć, że nowowytworzona tkanka, kurcząc się, wyciągała części ściany jelita w podobny sposób, jak włóknista tkanka w przewlekłém zapaleniu śródpiersia wyciąga niekiedy ścianę gardziela, dając powód do wytworzenia się uchyłku *(diverticulum)*. Smołka, gromadząc się w takim uchyłku jelita, mogłaby wypuklać coraz bardziéj część ściany jelita, co ostatecznie sprowadziłby mogło przedziurawienie i wywołać dostawanie się smołki do jamy otrzewnowéj. W odpowiedzi prof. Browicz utrzymuje, że zapalenie otrzewny nie mogło być przyczyną zmian chorobowych, bo musiałaby istnieniedrożność; tu zaś zmiany zapalne znajdują się powyżéj miejsca przedziurawienia. Daléj zwraca uwagę na konfiguracyję jelita grubego, która tłumaczy dostatecznie powód mechaniczny przedziurawienia jelita. Przy sposobności zwraca uwagę na wpływ wydzielin fizyjologicznych niezanieczyszczonych istotami infekcyjnemi, które nie sprowadzają zapalenia ropnego ale produktywne, jak w przypadku Cohnheima, w którym żółć wydobywająca się podobne zmiany wywołała. W dyskusyi nad tym przedmiotem głos jeszcze zabierali kol.: Doc. Obaliński i prof. Oettinger.

3) Następnie Przewodniczący powitał kol. prof. Korczyńskiego, dziękując mu, że pierwsze kroki po ciężkiéj chorobie zrobił celem wzięcia udziału w posiedzeniu Towarzystwa lek.

4) Daléj kol. Ściborowski przedstawił szczawę alkaliczną sztuczną z fabryki p. K. Rzący w Krakowie, przyrządzoną według składu wody bilińskiéj, z tą różnicą, że ilość składników wzięto w cyfrach okrągłych, składniki zaś znajdujące się w nader małéj ilości, jako bez znaczenia, opuszczono. Woda ta zawiera w 10.000 cz. wody przekroplonéj, węglanu sodowego 30,00, węglanu wapniowego 4,00, węglanu magnowego 1,5, węglanu litowego 0,2, siarkanu potasowego 2,00, siarkanu sodowego 8,00, chlorku sodu 4,00; przytém odznacza się dokładném wysyceniem gazem kw. węglowym. Dla składu powyższego przetwór ten zasługuje na uwzględnienie.

Kol. prof. Korczyński ubolewa nad tém, że Tow. lek. rozwiązało Komisyję do popierania krajowych wyrobów lekarskich. Komisyja ta, zwracając szczegółową uwagę na przetwory chemiczne w kraju wyrabiane a mające związek z medycyną praktyczną, jak niemniéj na wyroby leków i przetworów aptecznych w ścisłém tego słowa znaczeniu, wreszcie na handel ziołami krajowemi, mogła oddać krajowi znakomite usługi. Obecnie spada na pełne posiedzenia Towarzystwa obowiązek opiekowania się sprawami krajowych wyrobów.—Wody lekarskie p. K. Rzący, zdaniem prof. Korczyńskiego, zasługują na szczególne uwzględnienie i stanowcze poparcie, albowiem przyrządzane są bardzo starannie i sumiennie. Mogą one w zupełności zastąpić nie tylko sztuczne wody (jak litową, jodową, żelezistą) do niedawna w znacznéj ilości z zagranicy sprowadzane, ale nadto używane być mogą z równym skutkiem jak niektóre wody rodzime, np. Selterska i Vichy. To téż kol. prof. Korczyński używa tych wód od dawna tak w klinice jakotéż w praktyce prywatnéj. Obecnie wyrabiana sztuczna woda bilińska jest bardzo smaczna, zawiera obfitą ilość kwasu węglowego, którym woda jest tak dobrze nasycona, że po otwarciu flaszki nawet po dłuższym czasie zawiera jeszcze dość znaczną ilość kwasu węglowego. W końcu zwraca uwagę prof. K., że powinniśmy wody p. Rzący, które nie rywalizują z rodzimemi wodami krajowemi, tak popierać, jak Niemcy popierają swe sztuczne wody lekarskie.

5) Kol. prof. Korczyński odczytał rozprawę o wrzodach gruźliczych pierwotnych w jelitach. Po krótkim poglądzie na rodzaje wrzodów gruźliczych na błonach śluzowych i na obecne teoryje wytwarzania się wrzodów gruźliczych tak pierwotnych jak i następowych, przeszedł do wrzodów gruźliczych w jelitach i starał się wykazać, że wrzody pierwotne są bardzo rzadkie, wrzody zaś następowe przydarzają się najczęściéj w przebiegu gruźlicy i suchót płucnych (prawie w połowie przypadków), rzadko tylko w przebiegu gruźlicy innych narządów. Przy téj sposobności przytacza prelegent jeden przypadek z zakładu kol. prof. Browicza, gdzie wrzody gruźlicze w jelitach powstały skutkiem zapalenia gruźliczego kości. Oprócz przypadku pierwotnych wrzodów gruźliczych w jelitach, opisanego przez kol. Ponikłę w sprawozdaniu klinicznem, który to przypadek prelegent w krótkości przytacza, opisuje on szczegółowo drugi przypadek, w klinice lekarskiéj krakowskiéj spostrzegany, gdzie rozpoznanie pierwotnych wrzodów gruźliczych w jelitach zacieśniających światło jelit przez następowe ograniczone zapalenie otrzewny zostało stwierdzone dalszym przebiegiem choroby i sekcyją. Głównym objawem choroby była w tym przypadku uporczywa biegunka i znaczne upośledzenie odżywienia, późniéj dopiero pojawiły się przypady zwężenia jelit i nieznaczna gorączka. Prelegent omawia przy téj sposobności znaczenie rozpoznawcze objawów wrzodów gruźliczych w ogóle, a co do etyjologii skłania się do przypuszczenia, że ostateczną przyczyną wytworzenia się wrzodu gruźliczego było w tym przypadku zapalenie urazowe lub przynajmniéj zmniejszenie fizyjologicznéj oporności tkanin, wywołane urazem w brzuch. (Rozprawa ta umieszczoną będzie w „Medycynie.“)

Na tém posiedzenie zamknięto. *Dr. Jan Rosner.*

Drugie posiedzenie naukowe Sekcyi przemyskiéj Tow. lek. gal. w d. 25 Marca 1882.

Przewodniczący Kol. Dr. Cassina. Obecnych członków 11.

Kol. Cassina zwraca uwagę na korzyści używania siarkanu atropinu w połączeniu z żółtą waseliną w postaci maści, podając ujemne strony rozczynów atropinu. Kol. Dworski przedstawia 2 chorych z wrzodami miękkiemi *(ulcus molle cont.)* leczonych z bardzo pomyślnym skutkiem za pomocą jodoformu oraz przytacza i kilka innych przypadków leczonych w ten sposób.

Na wniosek kol. Dworskiego wybrano z łona Sekcyi Komisyję, mające się zająć wypracowaniem szczegółowego projektu asanacyi miast Przemyśla, Jarosławia i Mościsk. *Dr. Dworski* sekretarz.

VI. Szkice położnicze ze Wschodu.

Zebrał **Dr. W. Jabłonowski**

II.

Akuszerki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 33).

Zewnętrzne wejrzenie tego kobiecego „factotum“ jest bardzo ciekawe. Ich fizyjonomija, postawa, zachowanie się, strój wreszcie są bardzo charakterystyczne. Na liczbie zaś okazów nie zbywa. Mieszkający w Turcyi często je spotyka na ulicach, biegnące przyśpieszonym krokiem, jakby w obawie, ażeby noworodek nie ujrzał świata przedtém, nim one nie przybędą do komnaty położnicy. Największa ich ilość są to Ormianki, Turczynki, Izraelitki lub Greczynki w wieku dojrzałym, stroju zawsze czarnym, skromnym, ale któremu nie brakuje charakteru i powagi! Tak że całe ich wejrzenie jest dystyngowaném i imponującém nawet. Dawniéj każda z takich dam nosiła laskę hebanową ze srebrną na niéj gałką, któréj objętość decydowała o zamożności a zatém i o powadze swéj właścicielki. Dzisiaj nie spotyka się więcéj hebanowych lasek. Lecz za to, w celu wyróżnienia się od pospolitego motłochu, akuszerka tutejsza zwykła uzbrajać kieszeń swego paletota w jakiś podręcznik sztuki położniczéj.

Bywa to tomik najczęściéj traktujący inną gałąź rozmaitości światowych, obłożony jednak w okładkę z tytułem wyraźnym, uderzającym niejednego z przechodni. To także znak fachowéj, powierzchownéj wprawdzie dystynkcyi, który spotykałem najczęściéj u Izraelitek. Wszystko to jednak nie przeszkadza im do odgrywania roli skromnych i bardzo cnotliwych matron. Na nieszczęście tylko *„fronti nulla fides“*. Bo najbardziéj powierzchowne poszukiwania o ich przeszłości i obecnym sposobie życia, od razu pozwolą zerwać maskę czasowéj iluzyi. Pomimo to jednak opinija publiczna im sprzyja, a prostaczek prawie ubóstwia.

Z chwilą przybycia akuszerki do pokoju położnicy odgrywa się tam nowa scena, godna wypróbowanego pędzla i pióra. Nie interesując się wcale stanem choréj, akuszerka pozbywa się najprzód swego paletota, umieszcza się wygodnie w krześle, żąda filiżanki koniecznéj kawy i delektując się jéj nektarem, zaczyna rozmowę. Wychwala więc najprzód swych klijentów, uskarża się na krótkość czasu, nie pozwalającego jéj na danie starań tym wszystkim, którzy zaszczycają ją swém zaufaniem i wreszcie kończy opowiadanie zapewnieniem, że pozostawiła parę innych chorych, by tylko co rychléj pośpieszyć na wezwanie rodziny, dla któréj czuje szczególnie sympatyczne usposobienie. Baśnie tego rodzaju i cały potok szumnych dowodów poświęcenia, zawsze wywierają pożądane wrażenie, tłumaczące się podniesieniem zwykłego honoraryjum.

Jeżeli zaś akuszerka przybywa do rodzącéj po raz pierwszy, radość jéj wtedy nie miewa granic: jéj fizyjonomija, słowa, całe jéj zachowanie się zdradzają od razu głębokie zadowolenie. Bo szczęśliwy to prawdziwie wypadek. Akuszerka bowiem od razu ma przed sobą perspektywę długiego pozostawania w domu, gdzie mieć będzie wykwintne mieszkanie, delikatny stół i wszystkie wygody, gdzie krewni położnicy otoczą ją całą względnością, oświadczając gotowość zadość uczynienia wszystkim jéj fantazyjom, nie licząc już, że honoraryja zwiększać się będą w miarę dłuższego trwania jéj usług.

W kwestyi odgadywania płci mającego przyjść na świat dziecięcia wschodnia akuszerka niemniej ciekawą odgrywa rolę. Scena to bardzo interesująca i w jéj rozwoju łatwo można się przekonać o przesądném zaślepieniu i zarozumiałości matrony, dla któréj podobne zadanie nie przedstawia jakoby najmniejszéj trudności. Zapytana bowiem o płeć oczekiwanego, akuszerka z całą powagą przystępuje do łóżka choréj i pogrąża w nią swe prorocze spojrzenie. Jeżeli więc położnica ma twarz nieco obrzmiałą, policzki rumiane i oczy iskrzące, przyszły gość będzie płci męzkiéj. Przeciwnie zaś gdy położnica jest bladą, o wyrazie twarzy smutnym, wyrażającym cierpienie, wtedy wypada się spodziewać córki. Po rozwiązaniu zaś podobnego zadania, matrona nasza wraca do swego krzesła i przekonana o spełnieniu najtrudniejszego zadania, ociera znużone czoło i znowu żąda filiżanki Mokka. Sceny zacytowane odbywać się zwykły w tajemnicy haremów lub w buduarach. Nie podobna więc od razu dostrzedz wszystkich ich odcieni. Bo dopiero gdy cała sprawa zostanie skończoną, wtedy zaledwie można się dowiedzieć o stanie matki, która niby to dzięki staraniom i zręczności téj lub owéj akuszerki, wydała na świat płód donoszony i przedstawiający wszystkie warunki życia i zdrowia.

Brak wykształcenia u podobnych matron, bywa nieraz powodem szczególnych błędów. Gdy np. kobieta zbliża się ku ostatniemu okresowi swéj ciąży, rzecz prosta, że otaczający udają się natychmiast do akuszerki. Ta ostatnia przybywa, udając pośpiech i największe znużenie! Nie będąc jednak zdolną zdać sobie sprawę o naturze samych pojawów nie waha się oświadczyć, że sprawa porodowa już się rozpoczęła i umieściwszy się w krześle, czeka z widoczném zaniepokojeniem ukazania się płodu, licząc prawie każdy ból, każde uskarżanie się położnicy. Ta to prawdziwie tragikomiczna scena trwa niekiedy w ciągu kilku dni! Można więc sobie wyobrazić stan krytyczny kobiety, zaniepokojenie rodziny, najrozmaitsze przypuszczenia i nieszczęśliwe rokowania kumoszek i sąsiadów. W innych znowu razach, bohaterka mego opowiadania znajduje się w większym jeszcze kłopocie. Gdy bowiem złowroga gwiazdka zaprowadzi ją do kobiety, któréj poród nie może się odbyć w sposób naturalny zadanie naszéj matrony staje się trudném i przykrém. Przy istnieniu zniekształtnienia miednicy, nienormalném stawieniu się płodu itp. zakłopotanie jéj nie da się wyrazić! Sprawa porodowa przedłuża się, bóle się powiększają, kobieta wpada w stan rozpaczy, akuszerka jednak zawsze wyczekuje tylko. Nie posiadając najelementarniejszych zasad o anatomii miednicy i fizyjologii porodu; przyzwyczajona uważać poczęcie i wydalenie płodu, jako akt okryty tajemnicą niedostępną dla umysłu człowieka, akuszerka wschodnia znajduje się w takich razach w istocie w obec niewiadomego X. Jednak bóle trwają daléj, położnica cierpi i wpada w stan zwątpienia; otaczająca rodzina wyraża niezadowolenie; obawa i współczucie zapanowuje w sercach wszystkich przytomnych zachowujących najgłębsze milczenie. Oczy wszystkich zwrócone są na akuszerkę, wzywając ją niejako wyrazem największego zaniepokojenia do dokonania prawdziwego cudu, a przynajmniéj do czynniejszego działania. Scena to prawdziwie wzruszająca! Nie należy wątpić, że i akuszerka znajdując się w podobnym kłopocie, pomimo udanéj obojętności, drży w całém swém jestestwie i nie jest w stanie oprzeć się głosowi własnego sumienia. Gdy rodzina posiada środki, wzywa się inną akuszerkę, sprowadza się ich nawet kilka. Próżne jednak usiłowania. Ciemnota wszystkich jest jednakowa, i w trudnéj sytuacyi żadna nie następuje zmiana. Następstwa zaś podobnego dramatu łatwe są do przewidzenia: śmierć płodu, rozdarcie macicy, piorunujące zapalenie otrzewny, zakażenie gnilne, jedném słowem wszystkie groźne pojawy, będące nieuniknioném następstwem opóźnienia się akuszerki w stosowném działaniu. Szczęśliwą więc potrzeba nazwać położnicę która po podobnych przejściach ulegnie tylko długotrwałéj chorobie, nabędzie przetokę lub inne jakieś mniéj lub więcéj przykre cierpienie. (C. d. n.)

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

D z i e n n i k u s t a w i r o z p o r z ą d z e ń k r a j o w y c h ogłasza następujące rozporządzenie c. k. Namiestnictwa z d, 4go lipca 1882 l. 36,806 dotyczące przewożenia zwłok:

„Cmentarze wyznaniowe, należące do miejscowości gdzie zaszła śmierć, uważane być mają jako cmentarze do miejsca zaszłéj śmierci należące i dla tychże nie potrzeba w celu grzebania każdorazowego zezwolenia władzy politycznéj. Jeżeli jednak taki cmentarz wyznaniowy od miejsca zaszłéj śmierci nad piętnaście kilometrów jest oddalony, w takim razie obowiązywać mają przy przewożeniu zwłok następujące przepisy:

1) Zwłoki mają być przewożone w trumnie dobrze spojonéj, wylanéj wewnątrz smołą, już w domu śmierci szczelnie zamkniętéj, któréj otwierać więcéj nie wolno.

2) Pochód pogrzebowy ma ile możności omijać miejsca zamieszkałe i nie zatrzymywać się w takowych; złożenie zwłok

w kościołach, kaplicach, lub nawet w domach mieszkalnych miejscowości przechodowych miejsca mieć nie może.

3. Zwłoki mają być wprowadzone wprost na cmentarz i tam bezzwłocznie pogrzebane; otwieranie trumny na cmentarzu nie jest dozwolone.

4) Przeprowadzenie zwłok na cmentarz i ich pogrzebanie musi nastąpić najpóźniéj w przeciągu 12 godzin od wyruszenia konduktu z miejsca zaszléj śmierci,

5) Gdyby to dla odległości miejsca było niemożebne, wtedy należy użyć trumny podwójnéj.

6) W razie panujących chorób zakaźnych zarządzi c. k. Namiestnictwo w miarę niebezpieczeństwa grożącego zdrowiu ogólnemu, daléj idące środki ostrożności, przy przewożeniu zwłok na cmentarze wyznaniowe, od miejsca zaszléj śmierci więcéj odległe. W zastępstwie: *Zaleski* w. r.

* W sprawie zmniejszenia dyjet za szczepienie ospy, poruszonéj w Nrze 32 Przeglądu przez Dra **Reissa** otrzymujemy list od Dra **Obtułowicza** lekarza powiatowego w Buczaczu; listu tego w całości nie przytaczamy, gdyż zawiera on to samo sprostowanie, które na podstawie wiadomości zasiągniętéj w biórze sanitarném Namiestnictwa, wydrukowaliśmy w Nrze 33 Przeglądu; Dr. Ob. również zwraca uwagę, że Reskrypt Namiestnictwa z 30 marca b. r. nie znosi dawnych rozporządzeń z 11 kwietnia 1876 i 18 marca 1877, normujących placę za szczepienie; dotyczy on tylko okolic wyjątkowo nawiedzonych ospą epidemiczną w tym stopniu, że Starostwo jest zmuszoném zarządzić leczenie ospowatych i szczepienie nieszczepionych; w tych więc tylko okolicznościach lekarz liczy dojazd w rachunku za leczenie ospowatych, a powrót zaś w rachunku za szczepienie, czyniąc odpowiednie uwagi wyjaśniające w obu rachunkach.

Sprawozdanie z czynności Departamentu V Wydziału krajowego. Referent członek Wydziału kraj. Dr. *F. Hoszard*.

(Dokończenie. Patrz Nr. 34).

W szpitalu powszechnym lwowskim leczyło się w r. 1881 chorych 8,205, o 1582 mniéj aniżeli w r. 1880 (w skutek ograniczenia przyjmowania chorych); zmniejszyła się též ilość dni leczenia w r. 1881 o 28,620; przeciętny czas leczenia jednego chorego zwiększył się o 0,41 jednego dnia; umarło w r. 1881 chorych 616 o 320 mniéj jak w r. 1880. W szpitalu znajdowało się na obserwacyi 237 chorych na umyśle. Leczono syfilityków 1.709; na oddziale chirurgicznym dokonano operacyj większych 242, mniejszych 402, założono opasek gipsowych 67. Na oddziale ocznym wykonano 218 operacyj. na położniczym 85. Odesłano do szpitala św. Zofii dzieci 577, tj. o 73 więcéj niżeli w r. 1880; ilość dni leczenia dzieci była większą o 1.754.

Postęp oszczędności w gospodarstwie szpitalném najwybitniéj okazuje się przy porównaniu wydatków na utrzymanie jednego chorego. W r. 1877 było chorych 8.213, jeden chory kosztował 24 złr. 31 c. W r. 1881 było chorych 8.205, jeden chory kosztował 19 złr. 92 c.

Koszt jednego dnia żywienia chorego wynosił:
W r. 1877 przy 193.453 dniach leczenia 33 złr. 56 c.
W r. 1881 „ 168.953 „ „ 28 „ 17 „

Do ważniejszych zarządzeń w szpitalu lwowskim należy mianowanie Dra J. Szeparowicza stałym prymaryjuszem na oddziale chirurgicznym, zakupno dwóch sikawek, postanowienie nie obsadzania dwóch posad sekundaryjuszów z powodu zmniejszenia się liczby chorych, oraz liczne okolicznościowe komisyje.

Ruch chorych w szpitalu św. Łazarza w Krakowie był następujący: w r. 1881 było chorych 6.392 o 33 więcéj niżeli w r. 1880, dni leczenia 160.569, o 10.718 więcéj; średni pobyt chorego w zakładzie zwiększył się o 1.3 dnia. Umarło 684, o 49 więcéj niżeli w r. przeszłym, procent śmiertelności względnie do ubyłych 10.7%. Dzieci odsełano do szpitala św. Ludwika 821, a w r. 1880) 693; ilość wenerycznych w r. 1881 wynosiła 1.027. Na oddziale obłąkanych leczono 197 chorych, z téj liczby wyszło uleczonych 55, nieuleczonych 45, umarło 16.

Ze zmian osobowych zaznaczyć należy mianowanie Dra **Żuławskiego** prymaryjuszem na oddziale obłąkanych.
W r. 1877 na 5.194 chorych kosztował jeden 31 złr. 27 c.
„ „ 1881 „ 6.392 „ „ „ 21 „ 33 „

W r. 1877 przy 133.821 dniach leczenia dzień żywienia wynosił 39 złr. 91 c. W r. 1881 przy 160.659 dniach leczenia dzień żywienia wynosił 27 złr. 67 c.

Na prośbę Komitetu administracyjnego, aby powiększyć siły tego Komitetu, mianował Wydział krajowy zastępcami: prof. Dra L. M. Jakubowskiego, prof. Dra Domańskiego i członka Wydziału Rady powiatowéj L. Hoszowskiego.

Liczba Sióstr miłosierdzia została zmniejszoną; ujęto jednę z oddziału położniczego, drugą z piekarni, które zostały emerytkami.

Wydział krajowy zatwierdził wnioski Komisyi fachowéj, dotyczące wybudowania drugiéj studni murowanéj, postawienia pompy między studniami, zarządzenia naprawy staréj studni. Kosztorys na te roboty zatwierdzono w kwocie 4.169 złr. 24 c.

W skutek przedstawienia Komitetu administracyjnego, ażeby poczynić w szpitalu św. Łazarza niektóre zarządzenia, mogące zapobiedz niebezpieczeństwu w razie pożaru, Wydział krajowy upoważnił Komitet do poczynienia wydatków na ten cel w kwocie 920 złr. 10 c. a. w.

Sprawę zbudowania nowéj trupiarni odłożono do czasu, w którym rozstrzygnięte będą rokowania o wybudowanie zakładu anatomopatologicznego w obrębie szpitalnym.

W zakładzie dla obłąkanych w Kulparkowie pozostało z r. 1880 chorych 366. W ciągu r. 1881 przybyło 432; razem więc leczono w r. 1881 chorych 798, tj. o 200 mniéj niż w r. 1880 w Kulparkowie, Żółkwi i Przemyślu razem. Opuściło zakład wyleczonych 91, na żądanie rodziny 97, w myśl uchwały Wys. Sejmu 153, umarło 125, razem 466. Procent śmiertelności wynosił 15.6%, procent uzdrowionych 11,4%. Dni leczenia było 142,881 o 65.536 mniéj niżeli w r. 1880. Średni pobyt chorego w zakładzie wynosił 179 dni, tj. o 11,4 dni mniéj niż w r. 1880. Koszt żywienia jednego chorego w r. 1881 wynosił 32 złr. 54 c. tj. o 4 złr. 94 c. mniéj niż w r. poprzednim.

W r. 1877 leczono chorych 997, utrzymanie jednego kosztowało 191 złr. 32 c. W r. 1881 leczono chorych 815 utrzymanie jednego kosztowało 160 złr. 31 c.

W skutek upoważnienia Wys. Sejmu udzielił Wydział krajowy, tytułem wynagrodzenia szkód, poniesionych przy instalacyi i podczas piastowania posady dyrektora zakładu, Drowi M. Mareszowi jednorazową kwotę 2.300 złr. Stabilizowano na posadzie prymaryjusza przy zakładzie Dra M. Plucińskiego, a na posadzie sekundaryjusza Dra A. Laskiewicza.

W dalszym ciągu Sprawozdanie porusza korzystne wyniki gospodarki polowéj, mlecznéj, ogrodowéj, chowu trzody itd. prowadzonéj w własnym zarządzie przez dyrektora.

Ruch chorych w szpitalach prowincyjonalnych zmniejszył się o 24.216 dni leczenia od roku poprzedniego, pomimo że chorych było więcéj o 1088; przeciętny pobyt chorego w szpitalu wynosił 24,02 dni, tj. o 1,48 dnia był mniejszym, jak w r. 1880. Syfilityków pielęgnowano 3466, obłąkanych 159.

Na 15.974 leczonych umarło 1.474, zatém 9.2%. Wydział krajowy postanowił nie tworzyć nadal przy szpitalach prowincyjonalnych, funduszów rezerwowych powstających z oszczędności lecz polecił każdą nadwyżkę przenosić do dochodów na rok następny.

Wzbroniono pod osobistą odpowiedzialnością lekarzy ordynujących przetrzymywanie w obserwacyi chorych obłąkanych dłużéj nad dni 14, w ciągu których jest dosyć czasu do roztrzygnięcia, czy chory ma być odesłany do zakładu na Kulparkowie.

Zarządzono, ażeby wszystkie budynki szpitalne zostały ubezpieczone w Towarz. wzajemnych ubezpieczeń w Krakowie i zapewnione od niebezpieczeństw w razie pożaru.

W szpitalu tarnowskim uwolniono na własne żądanie Siostry służebniczki, pełniące obowiązki dozorczyń i zastąpiono je przez osoby znające wymagania służby szpitalnéj.

W dalszym ciągu Sprawozdanie wylicza gminy i szpitale, którym przyznano zaliczki, oraz którym odmówiono. Zaliczek udzielono (szpitalowi w Jaśle i Stryju) w kwocie 2.600 zła. Następnie porusza sprawozdawca drobniejsze sprawy administracyjne; liczne komisyje załatwiły wiele spraw bieżących.

Z sprawozdania wynika, że gospodarka szpitalna w całym kraju odbywa się w wielkim porządku; ziszczone już oszczędności posłużą niewątpliwie Wydziałowi krajowemu do zniesienia

ograniczeń przyjmowania chorych, które jakby nie były w sprzeczności z pojęciami humanitarnemi, z obowiązkami kraju względem ubogich, musiały być podyktowane konieczną, niedającą się usunąć potrzebą, jako chwilowy środek do przywrócenia równowagi finansowéj kraju; innym sposobem zarządzenia podobnego rozporządzenia wytłumaczyć sobie nie możnaby było.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 12—19 sierpnia śmiertelność ogólna wedle obliczenia na rok i 1000 mieszkańców wynosiła 33,6 (35,9). Z błonicy umarło 1 (0 z. t.); z krztuśca 1 (0 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z czerwonki 0 (1 z. t.); z kiły 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 4 przypadkach czerwonki i 2 krztuśca. W tygodniu od 6 do 12 sierpnia umarło z ospy w Londynie 4, leczyło się w szpitalach 128, świeżo zapadło 21. Ospa złagodniała w Wiedniu i Paryżu a zagęszcza się w Petersburgu, Odesie i Roterdamie, podobnież w Madrycie, Madrasie i w Rio de Janeiro. Z duru osutkowego zaszły przypadki śmierci w Warszawie, Maladze, Granadzie, Saragosie i Madrycie. Z cholery umarło w Baltimore 1, w Bombayu 2, w Kalkucie 18, z febry żółtéj w Rio de Janeiro 3.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 6—12 sierpnia umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 35,9; we Lwowie 30,1; w Poznaniu 57,6; w Wiedniu 21,5; w Pradze 23,9; w Tryjeście 37,4; w Berlinie 30,9; w Wrocławiu 32,2; w Gdańsku 20,9; w Mnichowie 26,0; w Dreźnie 27,0; w Lipsku 19,7; w Bazylei 18,7; w Brukseli 25,8; w Amsterdamie 22,5; w Hadze 24,4; w Paryżu 21,0; w Londynie 19,0; w Kopenhadze 28,5; w Stokholmie 28,6; w Chrystyjanii 32,4; w Petersburgu 32,0; w Odesie 50,7; w Rzymie 24,6; w Wenecyi 35,7; w Bukareszcie 30,5; w Madrycie 39,3; w Lizbonie 33,7; w Nowym Yorku 42,5; w Filadelfii 30,4; w Rio de Janeiro 42,7; w Bombaju 20,3; w Madrasie 28,6. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 31 sierpnia. Prof. Teichmann zatwierdzony został przez NPana na dalsze 3 lata jako wiceprezes Akademii Umiejętności.

* Minister wyznań i oświaty w porozumieniu z ministrem spraw wewnętrznych mianował na rok szkolny 1882/3 przy egzaminach lekarskich w Uniwersytecie Jagiell. 1) Komisarzem rządowym Prof. Dra Madurowicza, jego zastępcą prof. Dra Korczyńskiego. 2) Koegzaminatorem przy drugim ścisłym egzaminie Dra Paszkowskiego, jego zastępcą prof. Dra Jakubowskiego, 3) Koegzaminatorem przy trzecim ścisłym egzaminie prof. Dra Rosnera, jego zastępcą Dra Danka lekarza pułkowego, naczelnika chirurgicznego oddziału szpitala wojskowego.

* Towarzystwo lekarskie w Warszawie obrało członkami korespondentami Dra S. Domańskiego prof. Uniw. Jagiell., i Dra F. Obtułowicza lekarza powiatowego w Buczaczu.

* Z Brzostka od Dra Prochaski otrzymaliśmy list następujący:

„Szanowna Redakcyjo! Wczoraj odsłonięto na tutejszym cmentarzu pomnik na grobie śp. Dra Teodora Kaczyńskiego, który lat 14 w tém mieście praktykował. Na tablicy grobowca napis: „Doktorowi medycyny Teodorowi Kaczyńskiemu urodzonemu r. 1843, zmarlemu 3/5 1882 pomne zasług jego obywatelstwo.“ Powstanie i napis na pomniku najlepiéj mogą opowiadać o życiu i działalności śp. Teodora. Sumienny w wypełnianiu obowiązków lekarskich, dbający o dobro miasta jako radny miejski, wszystkie wolne chwile po żmudnéj pracy lekarza prowincyjonalnego poświęcający dobru kraju i oświacie ludu jako prezes miejscowéj rady szkolnéj okręgowéj, szanowany, czczony i kochany od wszystkich, takim był przez całe swe życie, takim do końca. Wydelegowany przez tutejsze Starostwo na epidemiję tyfusu plamistego w okolicy, zaraził się i w 6tym dniu choroby umarł. Na pogrzebie jego, na którym cała okolica bez różnicy stanów i wyznań tłumnie towarzyszyła na ostatnie miejsce spoczynku śp. Teodorowi, powstała myśl postawienia nieodżałowanemu pomnika ze składek wspólnych, który dziś stoi już na grobie jego.

Cześć pamięci szlachetnego i zacnego lekarza i dobrego obwatela kraju!

* **Warszawa**. Jak wiadomo, w Warszawie ma wkrótce nastąpić otwarcie 5 przytułków dla rodzących. P. St. Kronenberg ofiarował jednorazowo na ten cel 10,000 rsr. i zobowiązał się stale utrzymywać jeden taki przytułek z warunkiem, że kandydata na akuszera sam przedstawi. Osobna komisyja rozpatrywała kwalifikacyje kandydatów na akuszerów do resztujących 4 przytułków; wybrani zostali: Doktorowie Biegański, Gromadzki, Kondratowicz i Poznański.

* **Berlin**. D. 20 września rozpoczynają się tu wykłady dla lekarzy praktycznych i trwać będą 6 tygodni. Dr. Hirschberg (Karlstrasse. 36) jest prezesem tego towarzystwa i do niego należy się udawać po informacyje.

* **Paryż**. Na zapytanie Ministerstwa oświecenia, jak długo dzieci, które przebyły chorobę zakaźną, powinny nie uczęszczać do szkoły, Akademija lekarska oświadczyła się za tém, że termin ten wynosić ma dni 40 u dzieci, które chorowały na odrę, ospę, płonicę i błonicę, dni zaś 25 po ospicy (*varicella*).

* Wyprawa angielska do Egiptu. Naczelnikiem departamentu lekarskiego w wyprawie Anglików do Egiptu jest chirurg jeneralny Hanbury; naczelnikami zaś poszczególnych szpitali polnych chirurdzy: Marston, Ekin i Fergusson. Nadto na życzenie Królowéj towarzyszy wyprawie Dr. Scott, lekarz przyboczny syna królowéj ks. Connaught; jestto ten sam lekarz, który towarzyszył cesarzowéj Eugenii w podróży do kraju Zulusów po śmierci młodego ks. Napoleona. We flocie angielskiéj znajdują się dwa olbrzymie okręty śrubowe lazaretowe „Carthago“ i „Wiktor Emanuel“. każdy o 250 łóżek; na okrętach tych pokoje, przeznaczone zwłaszcza dla chorych oficerów, z wielkim przepychem są urządzone (*W. med. Bl.)*.

* W lipcowym zeszycie *Ann. d'hyg. et de med. legale* wyznaje Dr. Lutaud swoje przekonanie, że morderca prezydenta Garfielda, niedawno powieszony Guiteau, był chory na umyśle. Przekonanie to oparł L. na gruntownêm zbadaniu szczegółów, dotyczących mordercy, a mniemanie to potwierdza wiele powag w dziedzinie psychijatryi. Ojciec powieszonego cierpiał na umyśle, dziadek po mieczu umarł w domu obłąkanych, dziadek po kądzieli cierpiał na obłąd opilczy, brat stryjeczny umarł w domu obłąkanych; matka Guiteaua w młodości uległa cierpieniom mózgowym, siostra cierpiała na padaczkę, brat należy do ludzi niezmiernie nerwowych. Samego zaś Guiteau chciano już w r. 1876 zamknąć w domu obłąkanych; na kilka lat przed morderstwem wydał on parę książek pełnych niedorzeczności; listy pisywane przez Guiteau do Garfielda i ministra Blaine, ze względu na ich niedorzeczną treść, pozostawiane były bez odpowiedzi.

W obec powyżéj wypowiedzianego przekonania Dra Lutaud i dawniéj już znanego zdania słynnego psychijatry Dra Folsoma, nie będzie od rzeczy przytoczyć kilka uwag, zaczerpniętych z protokółu sekcyjnego ogłoszonego w *Le Progrès Medical* Nr. 32: „Wybitna asymetryja czaszki wielkości połowy dłoni polega na spłaszczeniu przedniéj, górnéj części kości ciemieniowéj; inne miejsca asymetryczne nie były zbadane dla braku niezbędnych instrumentów(?) Opona twarda miejscami mocno przyrośnięta do czaszki; koło otworów dla obu tętnic domózgowych średnich, opona z obu stron była zgrubiałą i silnie z kością spojona; spojenie to opony twardéj miało miejsce wzdłuż zatoki sierpowatéj; prawdopodobnie w tych miejscach miało miejsce chroniczne zewnętrzne zapalenie opony twardéj. Na błonie pajęczéj spostrzegali obducenci mleczne plamy po całéj powierzchni odpowiadającéj wypukłości mózgowia, plamy te miejscami żółto były zabarwione.“ Z opisu istoty szaréj i białéj nie można wyciągnąć żadnego przekonania, obducenci ustawicznie tłumaczą się brakiem odpowiednich narzędzi; w każdym razie nabrać można przeświadczenia, że człowiek chory został ukarany za czyn, którego się dopuścił w stanie niepoczytalnym.

* *Le Progrès médical* donosi o postanowieniu Lugduńskiego towarzystwa opieki nad dziećmi odznaczenia złotym medalem najlepszéj pracy na temat: „Hygijeniczne i zapobiegawcze środki przeciw cierpieniom jelit pierwszago okresu dzieciństwa.“ Pracę należy przesłać przed 1 stycznia 1883 r. do Lugdunu, na ręce Dra Rieux (r. Bourbon, 40).

* W *Gaz. hebdom.* czytamy pouczającą statystykę, wyłożoną przez prof. Tarniera w Towarz. lekarzy szpitalnych w Paryżu. Dotyczy ona zbawiennego wpływu środków przeciwzakaźnych na śmiertelność w zakładzie położniczym Materni-

tė. Od r. 1858 do 1869 włącznie, kiedy położne i lekarze innych zakładów mieli wolny wstęp do sal połogowych, śmiertelność od spraw poporodowych wynosiła 9,31%; w r. 1870 wyznaczeni zostali do sal połogowych osobni lekarze, w r. 1876 wybudowano nowy zakład dla położnic z salami odosobnionemi, a wreszcie w r. 1878 zastósowano ściśle metodę przeciwgnilną; śmiertelność od r. 1870 do 1881 stopniowo obniżała się do 2,32%. W ostatnim roku wynosi ona 0,49%. Kogoż wreszcie te liczby nie przekonają o wysokiéj wartości metody przeciwzakaźnéj?

* W roku przeszłym zaprowadzono przy jednéj szkole miejskiéj w Petersburgu wykłady nieobowiązujące medycyny popularnéj; *Nowoje Wremia* donosi, że ze względu na zupełne powodzenie téj próby, w przyszłym roku szkolnym zaprowadzone zostaną podobne wykłady w kilku innych szkołach miejskich.

* Na posiedzeniu Akademii paryskiéj d. 25 lipca rb. proff. Tarnier i Parrot mówili o swych spostrzeżeniach nad sztucznėm żywieniem osesków; podług tych autorów ssanie krów i kóz daje wyniki niekorzystne dla dzieci, natomiast ssanie oślic okazało się nadspodziewanie pożytecznėm. Prof. Parrot podaje następującą statystykę: do zakładu zbudowanego wśród ogrodu przez Radę municypalną Paryża, w celu sztucznego żywienia dzieci syfilitycznych, 6 karmionych było krowiém mlekiem, a z nich umarło 5 (83.3%); z 429 które ssały kozy, umarło 34 (80,9%); 38 ssało oślicę, z nich umarło 10 (26,3%). Dobra oślica może karmić 3 dzieci 5-miesięcznych; osessków przystawia się do ssania 6—8 razy na dobę. W biegunkach mleko oślicy okazało się bardzo pożytecznėm.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Warszawa.** Docent Uniwersytetu charkowskiego Dr. Skwarcow mianowany został profesorem nadzwyczajnym medycyny sądowéj w Warszawie, a Dr. Pasternacki docentem psychijatryi. — **Budapeszt.** Systemizowaną została nowa katedra dla psychijatryi, docent prywatny Dr. Karol Laufenauer mianowany został nadzwyczajnym profesorem psychijatryi. — **Berlin.** Prof. Bergmann, który stanowczo przyjął katedrę Langenbecka, otrzymał zarazem tytuł tajnego radzcy lekarskiego, a prof. Bardeleben tytuł tajnego starszego radcy lekarskiego. — **Würzburg.** Przy uroczystości z powodu 300-letniego jubileuszu istnienia uniwersytetu mowę witalną miał rektor prof. Wislicenus, znany chemik, który pochodzi z polskiéj niegdy rodziny Wiślickich. Prof. Gerhard ztąd powołany został do Heidelbergu w miejsce Friedreicha, a prof. Rossbach do Jeny w miejsce Nothnagla; obaj atoli odmówili. Na miejsce Bergmanna powołany został prof. Gussenbauer z Pragi.

* **Nekrologija.** We Włoszech umarł Dr. L. Cancato profesor kliniki w Uniwersytecie w Turynie, był założycielem czasopisma *Archivo medico italiano.* W Paryżu umarł sławny okulista Desmares (ojciec) w 71 roku życia. — W Berlinie umarł tajny radzca lekarski prof. Gürlt, b. dyrektor szkoły weterynarskiéj, w 88 roku życia, w Monachijum zaś lekarz przyboczny króla, prof. Koch w 67 roku życia. — W Nerke pod Ischl umarł w 92 r. życia Dr. Günter były rektor wiedeńskiego uniwersytetu, niegdy lekarz ś. p. Cesarza Ferdynanda. — W Karslbrunn w Szlązku umarł księgarz i nakładca dzieł lekarskich w Wiedniu Karol Czermak, ostatni z rodziny, która wydała także znakomitego fizyjologa.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 34: Dra Nenckiego: Urorozeina, nowoznaleziony barwik w moczu. Dra Rothego: Otrucie wyskokowe, jego wpływ na rozwój i pomnożenie się chorób umysłowych w kraju i zagranicą (c. d.). Dra Matlakowskiego: Ograniczone ropne zapalenie kości, czyli tak zwany przewlekły ropień kości (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 34: Prof. Korczyńskiego: O zwyrodnieniu włóknistém (*fibrosis*) tkanin z przeważném uwzględnieniem otrzewny i tkanki podotrzewnowéj (c. d.). Dra Jaworskiego: Praktyczne uwagi nad wskazaniami chorobowemi zdrojowisk w Karlsbadzie i Kisyndze (c. d.). — W *Przewodniku gimnast.* Nr. 8: Dra T. Żulińskiego: Ruch mięśniowy i wpływ jego na zdrowie człowieka (c. d.). **E. C.**: Gry gimnastyczne. **W. T.**: Publiczne ćwiczenia gimnastyczne w Pradze.

W zastępstwie redaktora **Dr. A. Kwaśnicki.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.